

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

374

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

M. MAURICE MAYER

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
NÉ LE 13 AVRIL 1901 A MONTBÉLIARD (DOUBS)

LE

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES HÉMORRAGIES

PAR INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA

A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE
DE 1920 A 1931

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DESMOINEAUX & BRISSET

10, Rue Hélène

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

M. MAURICE MAYER

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
NÉ LE 13 AVRIL 1901 A MONTBÉLIARD (DOUBS)

LE

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES HÉMORRAGIES

PAR INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA

A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE

DE 1920 A 1931

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DESMOINEAUX & BRISSET

10, Rue Hélène

1933

LE DOYEN. . . V. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GREGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	LEMIERRE.
	LENORMANT
Clinique chirurgicale.	CUNEO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
	MAUCLAIRE.
Professeur sans chaire	MULON
	HOVELACQUE.
	VERNES.
Clinique orthopédique de l'adulte	MATHIEU.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE .	Neurologie et Psychiât.
AUBERTIN . . .	Pathologie médicale.
BÉNARD Henri. .	Pathologie médicale.
BROCQ.	Pathologie chirurgicale
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL.	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
CHEVALLIER . .	Pathologie médicale.
DOGNON.	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE.	Obstétrique.
FEY.	Urologie.
GASTINEL. . . .	Bactériologie.
GATELLIER. . .	Pathologie chirurgicale
DE GAUDART D'ALLAINES. .	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD.	Pharmacologie.
HOVELACQUE. .	Anatomie.
HUGUENIN . . .	Anatomie pathologique
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON. . . .	Hygiène.
HALPHEN. . . .	Oto-rhino-laryngologie.

MM.	
LABBÉ (Henri) . .	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy) .	Pathologie médicale.
LEVEUF.	Pathologie chirurgicale
LÉVY-VALENSI .	Neuro-psychiâtrie.
LIAN.	Pathologie médicale.
MILLOT.	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET. .	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON	Histologie.
OBERLING. . . .	Anatomie pathologique
OLIVIER.	Anatomie.
PIÉDELIEVRE. .	Médecine légale.
PORTES.	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale
RICHET.	Physiologie.
SANNIÉ.	Chimie biologique.
SÉZARY.	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur). . . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL. . .	Obstétrique.
VELTER.	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.
TROISIER. . . .	Patholog. expériment.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM	
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX. . . .	Obstétrique.
LEROUX.	Anatomie pathologique

MM.	
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER . . .	Histologie.
ZIMMERN. . . .	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER. .	Clinique chirurgicale.

MM.	
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL . .	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, agrégé. .	
LEDOUX-LEBARD.	
WEIL-HALLÉ	Stomatologie.
	Éducation physique.
	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

**LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES HEMORRAGIES PAR INSERTION VICIEUSE
DU PLACENTA
A LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE
DE 1920 A 1931**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547119_0047

A MES CHERS PARENTS,

AUX MIENS,

A MON ONCLE ISIDORE LEVY,

Professeur au Collège de France.

A MON PRESIDENT DE THESE,

M. le Professeur COUVELAIRE,

*Membre de l'Académie de Médecine,
Professeur de Clinique obstétricale et gynécologique à la
Faculté de Médecine de Paris.*

qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX:

Stage :

MM. Noël FIESSINGER,
CHIRAY,

Externat :

MM. le Professeur GRÉGOIRE,
RIST,
MONDOR,

Internat provisoire :

MM. PISSAVY (in memoriam)	1924
SOULIGOUX (in memoriam)	1924
PASTEUR, VALLERY-RADOT	1925

Internat :

MM. Georges LABEY,	
LARDENNOIS	1927
Pierre DESCOMPS (in memoriam)	1928
RUDAUX	1928
DEVRAIGNE	1929
CUNÉO	1930
LÉVY-SOLAL	1930
COUVELAIRE	1931

A. M. le Professeur agrégé V. LE LORIER,

Professeur en Chef de la Maternité de Port-Royal.

qui m'a fait le grand honneur de m'accueillir dans son service.

A M. le Docteur Jacques-Charles BLOCH,

qui a été mon guide toujours bienveillant auquel j'exprime mes sentiments de profonde reconnaissance.

A M. le Docteur DIGONNET,

Accoucheur des Hôpitaux.

A MM. les Docteurs Paul GUÉNIOT, CLEISZ, PORTES, DES-
NOYER, LACOMME, RAVINA, SÉNÈQUE, PRUVOST,
BLANZET, Marcel PINARD,

Accoucheurs, chirurgiens et médecins des Hôpitaux de Paris.

A MM. les Docteurs DUCAS, OUMANSKY, UHRY, SÉGUY,
FRANTZ, NICOLAS, RUEDA-VARGAS.

A la première page de cette thèse qu'il me soit permis d'exprimer à mon Maître, M. le Professeur COUVELAIRE, mes sentiments de respectueuse gratitude pour les conseils qu'il a bien voulu me donner au cours de l'exécution de ce travail et la bienveillance qu'il m'a témoignée en toutes circonstances.

I

INTRODUCTION

Le traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta constitue un problème d'actualité permanente. Malgré tous les progrès réalisés dans la thérapeutique obstétricale préventive, la fréquence en est toujours la même. Mais ce problème semble avoir été modifié par l'entrée dans l'arsenal thérapeutique des méthodes modernes, chirurgicales en particulier.

Actuellement une pratique, déjà ancienne, permet d'apprécier les résultats qu'il est possible d'obtenir avec des méthodes purement obstétricales, nous commençons d'autre part à pouvoir apprécier, avec un certain recul, les possibilités offertes par l'emploi des traitements chirurgicaux. Pouvons-nous dans ces conditions fixer les indications du traitement chirurgical et en étendre le domaine ?

Avant de conseiller d'entrer dans cette voie et d'élargir délibérément le domaine de la chirurgie, il convient d'être circonspect.

En effet, les méthodes obstétricales qui nous ont été laissées par nos prédécesseurs, donnent, lorsque l'on sait les utiliser, des résultats dont la mortalité globale est telle qu'il serait téméraire de prétendre la diminuer beaucoup.

Le danger est d'aller trop loin en donnant à un problème aussi complexe que le traitement des hémorragies par insertion vicieuse, une solution univoque manquant de souplesse. En d'autres termes, il nous paraît que le choix systématique d'un procédé, même s'il paraît très moderne, risque de remplacer des causes de mort dues à l'obstétrique à tout prix par d'autres causes de mort dues à la chirurgie à tout prix.

Le traitement des hémorragies par I. V. P. a donné lieu à de nombreux travaux. A la Clinique Baudelocque même, Mlle BUCSAN a étudié les observations d'hémorragies survenues de 1920 à 1927. Les cas traités chirurgicalement étaient alors en nombre restreint ; depuis 1927, ils furent plus

nombreux ; nous en avons entrepris l'étude. Ce travail, destiné à compléter celui de Mlle BUCSAN, a été fait sous la haute direction de M. le Professeur COUVELAIRE qui nous a constamment guidé. Nous nous sommes inspirés de la leçon qui a été publiée dans la *Pratique médicale française* (avril 1932).

Désireux non seulement d'apprécier la valeur absolue des résultats obtenus à la Clinique mais d'établir une comparaison avec ceux publiés par les différents auteurs, nous avons fait porter notre étude sur deux points :

1° L'examen critique de quelques éléments de la littérature française et étrangère.

2° L'analyse des documents de la Clinique Baudelocque.

Ces derniers ont été étudiés d'une façon systématique sur une série continue de cas observés, dans le même service, sous une même direction, pendant une période, s'étendant sans interruption, de 1920 à 1931. Les résultats acquis pendant ces onze dernières années ont été comparés avec ceux obtenus dans la même clinique pendant une série continue d'années antérieures (1890-1910) par l'emploi de procédés exclusivement obstétricaux.

De cette comparaison, nous nous sommes efforcés de tirer des conclusions en vue :

— De déterminer la place qu'il convient de réserver au traitement chirurgical ;

— D'en fixer les indications légitimes ;

— Enfin, de reconnaître les techniques chirurgicales les plus favorables suivant les circonstances.

II

ETUDE DE LA LITTERATURE
SUR LE
TRAITEMENT DES HEMORRAGIES
PAR INSERTION VICIEUSE
DU PLACENTA

La littérature parue sur le traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta est très abondante. Nous avons limité notre étude aux documents les plus représentatifs des différentes tendances. Aussi nous n'insisterons pas sur les circonstances d'apparition de chacune des méthodes qui, successivement, virent le jour. Cette étude appartient à l'histoire de l'Obstétrique. Elle a fait l'objet d'un travail complet de MONSIORSKY et a été synthétisée avec clarté dans la thèse de Mademoiselle BUCSAN. Cette dernière nous a apporté un fait : l'exacte appréciation de la valeur générale des méthodes et de leur esprit. Les résultats des méthodes obstétricales sont bien connus et consignés dans des documents qui permettent d'apprécier leur véritable valeur. Nous avons étudié ces documents et fait un parallèle avec les travaux des auteurs qui abandonnant le traitement obstétrical recommandent l'emploi des techniques chirurgicales.

A

LES METHODES OBSTETRICALES ET LEURS RESULTATS

L'étude du principe des méthodes obstétricales permet de reconnaître qu'elles diffèrent moins en réalité qu'en apparence. Toutes les techniques constituent des modalités diverses de 2 méthodes :

- 1° La Méthode d'Evacuation rapide ;
- 2° La Méthode de réalisation indirecte de l'Hémostase et d'accélération physiologique de l'accouchement.

I

Les Méthodes de Traitement par Evacuation rapide

La première méthode en date est inspirée de l'ancien accouchement forcé conseillé et pratiqué par Ambroise PARÉ. Cette méthode de traitement par évacuation rapide de l'Utérus était née empiriquement et basée sur un principe excellent : celui qu'un utérus vidé de son contenu se trouve placé dans les conditions idéales pour réaliser son hémostase.

L'application de la méthode se révéla rapidement mauvaise parce que dangereuse. L'extraction forcée, rapide et non physiologique faite à travers un col insuffisamment dilaté exposait à une complication très grave : la déchirure du canal cervical. Le danger n'avait pas échappé aux premiers successeurs d'Ambroise PARÉ, en particulier à MORICEAU ; cependant tout en ayant disparu dans sa forme primitive, l'accouchement forcé a survécu jusqu'à nos jours. En effet, la méthode dite d'accouchement méthodiquement rapide pratiquée par BONNAIRE il y a moins de 20 ans ne constituait qu'un déguisement de la brutalité antérieure ; les modalités de la dilatation : (manuelle ou instrumentale) ne constituant que des atténuations trop purement verbales de la technique de force.

Toutes ces méthodes étaient mauvaises parce que faisant courir aux femmes présentant des insertions basses le risque supplémentaire d'une fissuration du segment inférieur, dont la gravité venait s'ajouter à celle de l'hémorragie que l'on se proposait de combattre. Un des documents qui démontre ce risque avec le plus d'éloquence est la statistique établie par PORAK à la Maternité de Paris en 1897 (thèse d'HERBINET) : les 28 cas d'hémorragies traités par dilatation et version avec extraction immédiate entraînèrent 6 décès, dont 4 par rupture ; soit une mortalité générale de 30 % sur lesquels 20 % dus uniquement à la rupture.

C'est encore la méthode d'évacuation rapide par les voies naturelles que tenta, tout récemment, de rénover le Professeur DELMAS, de Montpellier en utilisant la souplesse particulière du col créé par la rachianesthésie. Ce procédé semble avoir été favorablement accueilli par un certain nombre d'accoucheurs, puisque BICHARA, élève du Professeur DELMAS a pu réunir 65 cas d'hémorragies par insertion vicieuse du placenta ainsi traitées. Sur ces 65 cas il trouve une mortalité maternelle de 7,7 % réductible selon l'auteur à : 1,53 %. La mortalité Fœtale atteint d'autre part le chiffre véritablement remarquable de : 5,5 %. Malheureusement, tous les accoucheurs n'eurent pas le même succès. Dans sa thèse de 1932 inspirée par MM. DEVRAIGNE, COHEN-DELOORO réunissant l'ensemble des cas d'hémorragies par insertion vicieuse traitées à la Maternité de Lariboisière par le procédé de DELMAS arrivait à des conclusions beaucoup moins favorables. Le danger du procédé est lié à deux faits : la possibilité de déchirure du col étendue au segment inférieur et d'autre part une hypotension artérielle notable créée par la rachianesthésie. Cette hypotension constitue un argument redoutable contre l'emploi de ce procédé dans le traitement des hémorragies. Il ne faut, en effet, pas

perdre de vue que les femmes saignant du fait d'une insertion basse du placenta arrivent souvent à la période du travail en état d'anémie créée par les hémorragies survenues au cours de la gestation : on conçoit que dans ces conditions le choc surnuméraire dû à la rachianesthésie est susceptible de revêtir chez elles une particulière gravité. Ces réserves étant faites, il faut reconnaître que le recul est encore insuffisant pour émettre un jugement de valeur au sujet des bénéfices qu'on peut tirer de l'emploi du procédé de DELMAS dont nous n'avons aucune expérience personnelle. Les opérations chirurgicales, constituent une autre modalité de la méthode d'évacuation rapide. Elles ont a priori l'avantage de résoudre le problème thérapeutique de façon claire, non aveugle.

II

Les Méthodes de Traitement par réalisation indirecte de l'Hémostase et Accélération Physiologique de l'Accouchement

Ces méthodes vraiment obstétricales constituant une réaction contre les procédés de force ont ceci de commun qu'elles s'efforcent de respecter les conditions physiologiques de la dilatation cervicale.

Leur but est beaucoup moins l'évacuation immédiate de l'utérus que l'arrêt de l'hémorragie. Ce but a été réalisé par des moyens différents dérivés de deux procédés imaginés au XVIII^e siècle par PUZOS et LEROUX. L'un de ces procédés, celui de LEROUX préconisait le tamponnement ; l'autre, celui de PUZOS, était mené en vue d'accélérer le travail.

a) Le procédé du tamponnement cherchait à réaliser l'hémostase en attendant que l'ouverture du col rende possible l'évacuation. Ce moyen facile adopté par de nombreux accoucheurs jusqu'à la fin du XIX^e siècle était souvent inefficace : le tampon masquant l'hémorragie sans l'arrêter. Mais il était surtout infectant ainsi que l'avait entrevu Mme DE LACHAPELLE ; aussi malgré les efforts de TARNIER et de BUDIN qui tachèrent de rénover le procédé sous le couvert de l'asepsie ; il ne résista pas aux vigoureuses campagnes de PINARD (Thèse d'ABD-EL-NOUR sur les méfaits du tamponnement) et est actuellement abandonné par la presque unanimité des accoucheurs.

b) L'autre procédé imaginé par PUZOS consistait à déterminer ou accélérer les premières phases du travail par un moyen de douceur : il intro-

duisait le doigt dans le col, dilatait son orifice interne et ponctionnait les membranes. Ce procédé se montra souvent efficace, mais il n'en fut pas tiré par PUZOS tous les avantages qu'il comportait.

Il ouvrait cependant la voie à la méthode qui répudiait la violence et dont les étapes successives furent l'ouverture large de l'œuf avec ses manœuvres complémentaires. Le principe de cette méthode qui, seule, mérite le nom de méthode obstétricale dérive du procédé de PUZOS.

La méthode obstétricale comporte une gamme de procédés qui ont comme but commun : d'une part, le déclanchement ou l'accélération du travail, assurant l'ouverture du col dans des conditions physiologiques normales; d'autre part, la compression de la zone hémorragique. Les moyens assurant ce but sont : la rupture artificielle des membranes isolée ou suivie d'une des manœuvres complémentaires : Version podalique, Ballons et incompressibles.

1° *La rupture artificielle des membranes* constitue le traitement de base; elle est souvent suffisante à elle seule. Sinon elle permet de faire intervenir les manœuvres complémentaires qui sont de mise lorsque, après rupture des membranes, la présentation ne descend pas prendre un contact étroit avec le col.

Les manœuvres complémentaires consistent soit dans la version podalique, soit dans l'introduction de ballon dans le segment inférieur de l'utérus.

2° *La Version* préconisée dès 1864 par BRAXTON-HICKS exécutable même lorsque le col est peu ouvert apportait un moyen thérapeutique précieux dont l'existence fut assurée pour longtemps. Le principe de la méthode était, selon l'expression même de l'auteur « d'attirer, à travers le col, le pied de l'enfant, agissant comme tampon, sans insister sur la nécessité de faire l'extraction, confiant l'expulsion aux soins de la nature. » Appliquant son procédé au traitement des hémorragies par insertion vicieuse il ajoute : « J'ai trouvé grand avantage à utiliser ma méthode dans les cas de placenta prævia, où l'accoucheur se demande s'il procédera à un tamponnement ou à l'accouchement forcé... avec ce mode opératoire, ajoute-t-il, je n'ai jamais d'hémorragie ni interne ni externe pendant le cours du travail. »

Si BRAXTON-HICKS avait employé son procédé avec réserve (8 cas avec deux décès de mère et 4 d'enfants); ses successeurs allèrent beaucoup plus loin et utilisèrent la version d'une façon très large. Les résultats de cet emploi systématique apparaissent dans la statistique des cliniques allemandes publiées en 1913 par DODERLEIN au Congrès International de Londres :

sur 1434 cas d'hémorragies traitées par la version il y eut 7,8 % de mortalité maternelle et une mortalité infantile considérable de 45 %.

3° La méthode des ballons devait apporter une légère amélioration à cet état. Réalisée d'abord par MIQUEL en 1848, puis par BARNES en 1862, elle eut sa pleine réalisation lorsque CHAMPETIER DE RIBES mit entre les mains des accoucheurs un ballon parfait au point de vue physiologique, incompressible et indéformable, assurant en même temps une large compression de la zone placentaire et une dilatation douce et progressive. Les résultats obtenus par cette méthode étaient meilleurs que ceux de la version (4,62 % de mortalité maternelle et 47,4 % de mortalité infantile sur les 68 cas d'hémorragie personnellement traitées par CHAMPETIER DE RIBES de 1896 à 1907). La mortalité maternelle était abaissée à des chiffres très satisfaisants ; mais le déficit infantile restait toujours élevé à un tel point que l'on ne pouvait pas faire du ballon un procédé applicable à tous les cas d'hémorragies par insertion vicieuse.

Le Professeur PINARD eut le mérite d'établir les avantages de chacun de ces différents procédés et leur indication respective. En ce qui concerne les avantages des procédés obstétricaux PINARD montra que la place prédominante devait être donnée à la rupture des membranes à condition que celle-ci fut exécutée d'une façon spéciale : c'est-à-dire très largement et non par simple ponction. Cette manœuvre pratiquée à la manière préconisée par PINARD assure le plus souvent l'hémostase et un accouchement artificiellement ramené à des conditions physiologiques. C'est uniquement dans le cas où la rupture large des membranes est inefficace ou impossible que doivent intervenir les procédés complémentaires.

Cette méthode fut appliquée, à la Clinique Baudelocque, dans le service du Professeur PINARD pendant toute sa carrière. Les premiers résultats en furent publiés dès 1896 par LABUSQUIÈRE qui utilisa les documents réunis par VARNIER de 1890 à 1894 : sur 60 cas d'hémorragie ainsi traités, 31 cédèrent à la simple rupture large des membranes sans qu'un traitement complémentaire fut rendu nécessaire. Une étude plus complète fut entreprise par M. le Professeur COUVELAIRE qui analysa la totalité des hémorragies suivies et traitées à la Clinique Baudelocque pendant les vingt années allant de 1890 à 1910. Les résultats en ont été consignés par lui en 1912 dans son rapport au Congrès International d'Obstétrique et de Gynécologie de Berlin sur « *Le traitement chirurgical des hémorragies par décollement du placenta (normalement et) vicieusement inséré* ».

III

Les résultats du Traitement Obstétrical à la Clinique Baudelocque de 1890 à 1910 (Professeur A. Pinard)

Pendant les vingt années allant de 1890 à 1910 on observa à la Clinique Baudelocque 162 femmes dont les hémorragies par insertion vicieuse du placenta nécessitèrent une thérapeutique.

A : **Les interventions** furent toujours obstétricales ; elles ont consisté :

1° Dans 87 cas sur 162, soit plus de 50 %, en une rupture large des membranes.

2° Dans 69 cas la rupture large des membranes a dû être complétée par une autre manœuvre (ballon ou version sans extraction immédiate).

3° Dans les 6 cas on put faire à dilatation complète une version par manœuvres internes suivie d'extraction immédiate.

B : **Les résultats obtenus pour les mères** furent les suivants :

Il y eut 10 décès sur les 162 hémorragies. Cette mortalité maternelle globale de 6,7 % ne donne pas une idée exacte des faits. En effet elle se répartit très inégalement dans les deux groupes correspondant l'un aux hémorragies pour lesquelles la simple rupture a été suffisante, l'autre aux hémorragies pour lesquelles un traitement complémentaire a été nécessaire. En séparant ces 2 groupes d'hémorragie on constate les faits suivants :

1° Les hémorragies qui ont cédé à un traitement simple ont entraîné une mortalité faible. Ce groupe compte les 87 hémorragies traitées par la simple rupture des membranes et les 6 dans lesquelles une version par manœuvres internes a pu être suivie d'une extraction immédiate. Ces 93 cas représentent 60 % de la série totale des hémorragies traitées à Baudelocque. Ils ont entraîné un seul décès, soit une *mortalité très faible, à peine supérieure à 1 % (1,06 %)*.

2° Les 69 hémorragies restantes représentent des cas plus sérieux où il a fallu recourir aux manœuvres complémentaires ; elles ont entraîné 9 décès, soit une *mortalité très élevée de 12 %*.

L'opposition de ces deux groupes est déjà suffisamment éloquente.

Dans les cas graves, la mort a été due soit à l'hémorragie, soit à l'infection. La mort par hémorragie qui a entraîné 6 décès, n'est pas l'apanage

exclusif de tel ou tel procédé (2 fois après ballon, 3 fois après version, une fois après dilatation manuelle forcée ayant entraîné une rupture du col propagée au segment inférieur). L'infection entraîna le décès de trois femmes qui, toutes trois, avaient été traitées par ballon.

C : Les résultats obtenus pour les enfants :

La même opposition entre les deux groupes d'hémorragies se retrouve quand on étudie ce que sont devenus les enfants. Sur l'ensemble des 162 cas traités, il y eut 84 morts d'enfants, ce qui donne une mortalité infantile globale de 44,8 %. Dans ce chiffre élevé il faut tenir compte de la grande proportion de prématurés : 26 sur les 84 enfants morts. Si l'on met à part le rôle joué par la prématurité on voit que l'avenir des enfants est très différent dans les deux groupes d'hémorragies que nous avons déjà isolés plus haut. Pour établir d'une façon aussi exacte que possible dans quelle proportion la gravité de l'hémorragie et la variété du traitement jouent une influence sur le risque encouru par l'enfant nous avons éliminé ceux d'entre eux dont la prématurité permettait de les faire considérer comme non viables. Pour ce faire, nous avons choisi comme limite le poids de 2.000 grammes. Ainsi en limitant notre étude aux enfants dont le poids excède 2.000 grammes, la mortalité infantile est la suivante dans les deux groupes d'hémorragies bénignes et graves :

1° Dans les 93 hémorragies qui ont pu être traitées simplement (rupture des membranes isolées, version suivie d'extraction) on compte 70 enfants de plus de 2.000 grammes sur lesquels il y eut 19 décès : ainsi calculée, la mortalité infantile réelle s'élève à 19 %.

2° Dans les 69 hémorragies ayant nécessité l'emploi de méthodes complémentaires on compte 56 enfants de plus de 2.000 grammes sur lesquels il y eut 39 décès ; soit une mortalité infantile réelle de 69 %.

L'étude de ces documents montre que l'opposition des deux groupes est absolue aussi bien en ce qui concerne la gravité pour les mères que la gravité pour les enfants. Le problème thérapeutique posé par les hémorragies par insertion vicieuse a été tout différent dans l'un et dans l'autre cas. Pour les hémorragies dont les caractères anatomo-clinique leur permettaient de bénéficier de la simple rupture artificielle des membranes : les résultats obtenus avaient été suffisamment bons pour que la sagesse la plus élémentaire consistât à ne rien changer.

Pour les cas graves, le problème était tout différent : les résultats obtenus par l'emploi des manœuvres complémentaires de la rupture des membranes avaient été médiocres chez les mères et franchement mauvais pour les enfants. Ce n'était pas là un fait particulier à la Clinique Baudelocque et des conclusions analogues ressortaient de l'étude de toutes les statistiques des Maternités Françaises rapportées par M. COUVELAIRE en 1912 dans son rapport.

C'est dans le domaine de ces cas sérieux qu'il était permis de se demander s'il n'y avait pas quelque chose à changer. L'entrée de la césarienne dans le domaine de la pratique courante posait tout naturellement le problème de son utilisation dans le traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta.

B

LES METHODES CHIRURGICALES

Vers le début du XX^e siècle, quand la chirurgie abdominale commença à donner d'éclatants succès, les accoucheurs furent tout naturellement amenés à penser que l'opération césarienne pouvait remplacer les méthodes obstétricales dans le traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta. C'était un retour vers le traitement par évacuation de l'utérus mais dans des conditions excluant le danger résultant de l'évacuation brutale par l'accouchement forcé.

Le promoteur de la césarienne, LAWSON-TAIT (1890) ne fut d'abord que timidement suivi puisqu'en 1901 on ne trouvait dans la littérature que 8 cas de césarienne corporéales (ZINKE : 8 cas en Amérique, 1 en Angleterre). Le mouvement décisif partit d'Allemagne où SELLHEIM et KRONIG entreprirent vers 1908 une campagne vigoureuse en faveur du traitement chirurgical. Ils recommandaient l'intervention pour deux raisons : arrêter l'hémorragie en supprimant l'acte parturitif normal, améliorer les résultats infantiles. SELLHEIM et KRONIG pensaient ainsi simplifier le problème en substituant aux procédés obstétricaux incertains l'acte chirurgical rapidement efficace et apparemment moins dangereux.

Les opérations furent exécutées de plus en plus surtout dans les pays étrangers : il en résulta une littérature surabondante. Parmi tous les documents publiés, nous nous sommes limités à faire seulement état de ceux qui peuvent rendre compte de l'évolution des idées au cours des vingt dernières années. On peut à cet égard les répartir en trois groupes.

1° Les premiers travaux publiés ont une valeur historique, ce sont ceux de KRONIG et de SELLHEIM.

2° Dans un deuxième groupe nous avons réuni des statistiques choisies parmi celles qui furent publiées au cours des années ultérieures par des accoucheurs ayant choisi délibérément la chirurgie. Ces statistiques massives par le nombre des cas opérés sont exclusivement tirées de la littérature étrangère.

3° Dans le 3^e groupe nous avons montré quelle a été l'attitude des auteurs français : ainsi que nous le verrons, ils se sont toujours opposés à une solution systématique s'efforçant d'établir l'indication légitime de la chirurgie en face des procédés obstétricaux.

I

SELLHEIM publia, en 1909, les résultats obtenus par lui à la Tubingen Frauen Klinik : pendant une période de moins d'une année il y observa 15 hémorragies sur lesquelles il en opéra un nombre proportionnellement très élevé de 9 ; les 6 autres hémorragies qui furent traitées obstétricalement étaient considérées par lui comme les plus graves au moment de leur entrée à la Clinique. Sur les 9 opérations SELLHEIM fit surtout des césariennes basses : (6 contre 2 césariennes corporéales et deux césariennes vaginales) ; elles se terminèrent toutes, heureusement, sans mortalité maternelle ni infantile.

KRONIG confirma l'opinion de SELLHEIM et publia les résultats qu'il avait obtenus personnellement à la Clinique de Fribourg. Il y avait cependant une différence, en ce sens que KRONIG employa de préférence la césarienne corporéale. Le choix de la technique lui avait été dicté par des considérations anatomiques relatives au mode d'irrigation de la zone segmentaire de l'utérus ; ayant adopté à ce sujet la conception vraisemblablement erronée de HOFMEIER (Origine cervico-vaginale de la vascularisation du segment inférieur). En ce qui concerne le choix des cas opérés, KRONIG agit comme SELLHEIM : d'une part, il en opéra une grande quantité, d'autre part, il limita prudemment l'emploi de l'hystérotomie aux cas bien définis dans lesquels la femme arrivait à la clinique en bon état général au début de la période de dilatation sans signes d'infection.

La lecture du mémoire de KRONIG suggère les mêmes réflexions que celui de SELLHEIM, en ce qui concerne le nombre des hémorragies traitées chirurgicalement et la façon de choisir les cas à opérer. Le nombre des

opérations exécutées dans un laps de temps court (moins d'un an) dans la Maternité de Fribourg est considérable : il s'élève à 23. Or, on ne trouve pas de renseignements sur le nombre total des hémorragies traitées obstétricalement pendant la même période dans la même Maternité par le même auteur ; de telle sorte que l'on peut se demander si les opérations n'ont pas été faites pour des hémorragies qu'un traitement beaucoup plus simple aurait suffi à juguler. Quant aux choix des malades dévolus à la chirurgie, il résulte suivant l'expression même de l'auteur d'une « récapitulation soigneuse, avec précaution de n'utiliser que les hémorragies arrivées assez tôt à la Clinique pour y être traitées dans des conditions favorables ». Faites dans ces conditions, on comprend que les 23 opérations aient abouti à un succès général sans mortalité maternelle ni infantile. Il s'agissait d'une série chirurgicale particulièrement heureuse mais s'adressant à des hémorragies dont beaucoup auraient vraisemblablement bénéficié avec succès du traitement obstétrical le plus simple. KRONIG et SELLHEIM gardent cependant le mérite d'avoir établi la possibilité de faire avec succès des césariennes en cas de placenta praevia.

II

Les grosses statistiques publiées dans les années ultérieures par les auteurs qui utilisèrent la césarienne d'une façon très large sont exclusivement d'origine étrangère : Allemande et Anglo-Américaine. Leur étude permet de se faire une idée sur les résultats généraux du traitement chirurgical lorsqu'il est utilisé sur une grande échelle.

Parmi les statistiques allemandes une des plus caractéristiques et des plus récentes est celle qui fut publiée par PANKOV de Dusseldorf en 1929 (dans le traité de HALBAN et SEITZ). PANKOV a réuni les résultats qui ont été obtenus en Allemagne dans le traitement des hémorragies au cours des vingt dernières années : il ressort de cette statistique que, sur la totalité des cas traités, le pourcentage de ceux qui ont été opérés chirurgicalement est d'environ 50 %. PANKOV lui-même sur 127 hémorragies observées et traitées personnellement par lui à la Clinique de Dusseldorf en a opéré 68, soit 55,7 % ; les résultats obtenus par PANKOV sont satisfaisants puisqu'il est arrivé à réduire la mortalité maternelle à 3,4 % et la mortalité fœtale d'enfants viables à 7 %. La plupart des auteurs allemands ont, au sujet du traitement chirurgical, une opinion se rapprochant de celle de PANKOV, c'est ainsi que HITSCHMANN a césarisé 191 hémorragies avec 3,6 % de mortalité maternelle ; Robert KESSLER, sur 107 cas de placenta praevia, en a traité

56 par césarienne avec une mortalité relativement faible ; JASCHKE opérant 125 cas est arrivé à réduire la mortalité maternelle à 2,4 % et la mortalité foetale à 2,6 %.

Les auteurs américains ont, dans l'ensemble, la même opinion : un des travaux les plus récents est celui de GREENHILL qui a publié dans l'*American Journal of Obstetric's* (Mai 1930) la statistique de toutes les césariennes pratiquées au Lying Hospital de Chicago, de Juillet 1915 à Juillet 1929. Sur un total de 874 opérations césariennes, faites dans le service de DE LEE par lui-même ou ses assistants avec une mortalité globale réduite à 11 cas seulement (soit 1,26 % de mortalité maternelle), il y eut 44 opérations pour placenta praevia (34 césariennes basses, 8 corporéales et 2 Porro). Sur tous les cas d'hémorragies traités, il n'y eut pas un décès ; GREENHILL ajoute du reste que les 44 hémorragies traitées chirurgicalement représentent 35 % du nombre total des hémorragies qui furent traitées pendant la même période au Lying Hospital ; celles pour lesquelles un traitement obstétrical intervint entraînèrent 3 décès sur 74 cas soit une mortalité maternelle de 4 %. BILL donne une statistique se rapprochant de la précédente en comparant deux séries de cas, l'une de 45 hémorragies traitées par les méthodes obstétricales avec une mortalité maternelle de 11,1 %, l'autre de 56 cas traités chirurgicalement avec une mortalité maternelle de 1,75 %.

Toutes les statistiques anglo-américaines ne sont pas aussi brillantes puisque EARDLEY-HOLLAND, réunissant tous les cas d'opérations faites en Angleterre pour des hémorragies par placenta praevia, trouve une mortalité maternelle très élevée de 12,8 %. Il fait une discrimination entre les différents types anatomiques d'insertion basse mais dans le groupe le plus favorisé il trouve encore une mortalité maternelle de 9,2 %.

L'analyse de ces statistiques importantes par le nombre des cas opérés suggère des réflexions susceptibles d'assombrir l'impression favorable donnée par les chiffres, vraiment infimes, de mortalité rapportés ci-dessus. On est d'abord étonné par la proportion vraiment très considérable des cas chirurgicaux sur l'ensemble des hémorragies observées par tous ces auteurs : elle est en gros de l'ordre de 50 %.

D'autre part, si l'on considère la mortalité générale de toutes les hémorragies traitées par eux, aussi bien par les méthodes obstétricales que par la chirurgie, on constate qu'elle est élevée : au moins autant que celle qui est reconnue par les cliniques françaises. C'est ainsi que PANKOV évalue la mortalité générale des cas traités en Allemagne à 9 % en ne tenant

compte que des cas traités en Clinique particulière et à 20 % quand il y joint les hémorragies traitées en ville. On peut déduire de ceci que la mortalité des cas traités obstétricalement sur lesquels nous n'avons que des renseignements très vagues doit être considérable. Comme les auteurs de ces statistiques n'ont pas précisé les conditions dans lesquelles ils sont intervenus, on peut se demander s'ils n'ont pas adopté dans le choix du traitement chirurgical la même attitude que SELLHEIM et KRONIG. Dans ces conditions le gain obtenu par la chirurgie paraît être neutralisé et au-delà par la mortalité générale.

Enfin, même si l'on admet que les cas chirurgicaux ont été l'objet d'un triage préalable, il faut reconnaître que les résultats publiés ont été tout particulièrement bons. Nous ne pouvons qu'être émerveillés des résultats obtenus par DE LEE et GRENHILL : La mortalité globale de 1,26 % sur l'ensemble des césariennes et celle de 0 % pour les opérations faites dans le cas d'hémorragie sont remarquables, même si l'on admet que toutes ces opérations ont été faites dans les meilleures conditions possibles.

Nous devons faire une place spéciale aux travaux publiés par ESSEN-MOELLER, de Lund, qui est un des rares auteurs recommandant l'emploi d'une technique chirurgicale particulière : la *césarienne vaginale*. Cette opération avait été employée au moment où l'on commença à traiter chirurgicalement le placenta praevia par DODERLEIN. Il l'abandonna rapidement à la suite d'une série malheureuse qui avait entraînée une forte mortalité maternelle (11,3 % dans les incisions antérieures et 33 % dans les incisions postérieures), et attribuait ce gros danger au risque considérable de déchirure du segment inférieur facilité par la fragilité tenant à l'insertion basse du placenta. La mortalité infantile était également très grosse : 68 % de décès attribués par l'auteur aux risques supplémentaires dus à la version par manœuvres internes.

ESSEN-MOELLER reprit la même opération avec laquelle il obtint des résultats beaucoup plus favorables : 6,6 % de mortalité maternelle sur 31 cas opérés. Il pense que les risques de rupture et d'hémorragie provoqués par l'incision du col avaient été exagérées par DODERLEIN et tiennent uniquement à l'insuffisance de l'incision utérine initiale. ESSEN-MOELLER pense que si l'incision est suffisamment étendue « dès l'origine » elle n'a que peu de chances de filer au-delà de la zone de décollement péritonéal même si le fœtus extrait est au voisinage du terme. L'exemple fut suivi par MARTIN, d'Elberfeld, qui opéra, par césarienne vaginale, 225 cas de placenta bas

avec des résultats tout particulièrement bons (1,3 % de mortalité maternelle). ESSEN-MOELLER qui rapporte cette série heureuse n'en est pas moins trop circonspect pour recommander l'emploi systématique de la césarienne vaginale dans le traitement du placenta praevia. Il se contente de demander l'étude de cette technique sous le contrôle d'une critique serrée jusqu'à ce qu'une statistique suffisante permette d'en préciser l'opportunité et d'en établir éventuellement les indications.

Jusqu'à présent l'auteur n'a été que timidement suivi : cependant, en France, M. le Professeur JEANNIN a utilisé la césarienne vaginale dans le cas d'insertion latérale du placenta avec succès.

Si l'on met à part ce dernier procédé encore insuffisamment éprouvé on peut conclure que l'emploi délibéré et presque systématique de la césarienne tel que la pratiquent des auteurs étrangers n'est pas légitimé par la gravité des cas opérés ni par une supériorité incontestable des résultats.

Leur enthousiasme paraît exagéré en raison de son caractère par trop systématique ; il eut, du moins, un mérite et un résultat : faire naître la controverse, poser la question de l'opportunité du traitement chirurgical et de la place à lui donner.

III

L'attitude des accoucheurs français. — L'attitude adoptée par les accoucheurs français, fût d'abord franchement et unanimement négative. Les faits sur lesquels s'appuyaient les Français pour baser leur opinion ont été exposés dans le rapport du Professeur COUVELAIRE au Congrès de Berlin. M. COUVELAIRE, en prenant pour point de départ les résultats obtenus non seulement à la Clinique Baudelocque mais dans toutes les Cliniques françaises, avait montré que, dans la mortalité globale de 4 %, la plus grande part était due à l'infection et à la violence au cours de l'évacuation (3/5^e des cas de mort) l'hémorragie ne constituant pas le plus gros danger (1,2 % de risques de mort). Or, contre le danger d'hémorragie et celui dû aux violences de l'extraction les méthodes obstétricales s'étaient montrées satisfaisantes ; par contre vis-à-vis du danger majeur d'infection les méthodes chirurgicales telles qu'on les pratiquait alors n'offraient pas une garantie plus grande que les méthodes ostétricales. La conclusion de M. COUVELAIRE traduisant l'opinion générale des accoucheurs français

était que « la pratique *systématique* de la section césarienne dans les cas d'hémorragie sérieuse par insertion vicieuse du placenta était injustifiée ». Cette attitude était motivée non seulement par les circonstances de gravité maternelle, mais aussi par la grosse partie attribuable dans la mortalité infantile à la prématuration. Une telle doctrine traduisait la préoccupation des Français de ne pas abandonner les résultats certains du traitement obstétrical pour les bénéfices hypothétiques à tirer de l'emploi de la chirurgie.

Cependant dès cette époque M. COUVELAIRE et les accoucheurs Français conseillaient d'orienter résolument la thérapeutique en ce sens chaque fois que l'action obstétricale s'annonçait difficile en raison, soit d'une dystocie complexe, soit d'une insuffisance de dilatabilité du col, soit d'une infection des voies génitales. Ainsi l'attitude des Français devant le problème de l'orientation chirurgicale était exactement opposée à celle des auteurs étrangers : les Allemands en particulier. Ces derniers opéraient exclusivement les cas favorables. Les Français, au contraire, conservaient le traitement obstétrical pour ces mêmes cas ; ils s'adressaient à la chirurgie dans les cas difficiles ou graves, non soucieux qu'ils étaient « de se tailler, à peu de frais, une belle statistique (COUVELAIRE) ». Cet état d'esprit est reflété dans les observations de césariennes qui ont été publiées avant-guerre et déjà indiquées dans le rapport de M. COUVELAIRE (LEPAGE, MOUCHOTTE, RIBEMONT, VANVERTS). Un mémoire publié par GUÉNIOT, en 1920, réunit les 17 cas opérés en France jusqu'à cette époque par différents auteurs (FRAIPONT, LE LORIER, RECASSENS, CATHALA, etc...). COUINAUD fit état dans sa thèse sur la césarienne en dehors des rétrécissements du bassin, de 3 cas opérés par RUDAUX et LE LORIER. Cependant toutes ces tentatives étaient en quelque sorte neutralisées à l'avance par la faible garantie donnée par la césarienne corporéale seule alors en vigueur, vis-à-vis du risque majeur de l'infection. Aussi, dès le moment où sous l'impulsion de SCHIKELÉ la césarienne basse supra-symphysaire fût adoptée en France, les accoucheurs possédèrent une technique assurant une protection au moins théorique et relative contre l'infection. A partir de cette époque les observations publiées en France furent plus nombreuses : en 1925, DESOUBRY, sous l'inspiration du Professeur BRINDEAU put réunir 23 cas de placenta praevia opérés par césarienne basse dans certaines maternités de Paris (BRINDEAU, JEANNIN, METZGER, CATHALA) avec un résultat relativement favorable : mortalité maternelle 8,8 %, mortalité fœtale 8,8 %.

En 1928, la thèse de Mlle BUCSAN apporte les observations du Professeur COUVELAIRE (Clinique Baudelocque).

BALARD donna, en 1930, une statistique en série continue de 48 cas observés à la Maternité de Bordeaux de 1917 à 1930 : Sur 12 hémorragies graves traitées chirurgicalement il eut 12 succès qu'il oppose aux 8 décès consécutifs à des traitements obstétricaux. C'est ainsi qu'il arrive à la conclusion que « dans le placenta praevia, l'accouchement doit être « spontané ou être pratiqué par voie haute après rupture des membranes ». Ces travaux, ainsi que de nombreuses observations publiées isolément, ont prouvé que la césarienne basse constitue une technique chirurgicale utilisable même dans certains cas où l'infection est à craindre. Du moment que le procédé chirurgical se révélait comme possible, il importait dès lors d'en établir l'indication.

La recherche de l'indication du traitement chirurgical constitue, à la vérité, le problème essentiel : là est toute la difficulté. Aussi conçoit-on que les efforts de la plupart des accoucheurs se soient surtout attachés à établir de la façon la plus précise les indications respectives du traitement obstétrical et du traitement chirurgical.

C'est dans cet esprit que le Professeur COUVELAIRE a dirigé le traitement des hémorragies observées à la Clinique Baudelocque depuis 1920. Sous sa haute direction, nous avons étudié toutes les observations des cas qui y ont été traités depuis 1920 jusqu'à 1931, soit par l'emploi des procédés obstétricaux, soit par l'emploi de la chirurgie.

III

RESULTATS OBTENUS
A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE
PAR L'EMPLOI, SUIVANT LES CAS,
DES METHODES CHIRURGICALES
ET OBSTETRIQUES

Nous avons fait l'étude systématique des documents de la Clinique Baudelocque de 1920 à 1931 en recherchant toutes les hémorragies par insertion vicieuse du placenta quelle qu'ait été leur évolution. Dans la relation que nous en donnons ici, nous avons systématiquement éliminé ceux des cas dont l'évolution se fit spontanément vers la cessation des accidents, sans qu'aucun traitement actif de l'hémorragie ait eu à intervenir.

Notre étude ne constitue qu'un complément de celles faites à la Clinique Baudelocque par deux auteurs : Mlle BUCSAN et M. LACOMME. Mlle BUCSAN, dans sa thèse intitulée « Contribution à l'étude du traitement obstétrical » et chirurgical des hémorragies par insertion vicieuse du placenta sur le « segment inférieur » — (thèse, Paris 1928), a étudié les cas traités à la Clinique Baudelocque de 1920 à 1926. Les résultats de cette série ont également été consignés dans un article récent de M. le Docteur LACOMME, accoucheur des Hôpitaux, « Sur les hémorragies par insertion vicieuse du « placenta et leur traitement. — Les enseignements à tirer d'une série continue de 125 cas observés à la Clinique Baudelocque (Service du Professeur COUVELAIRE) » paru dans la *Revue Médicale Française* d'Avril 1931, page 345 et suivantes. Ces deux travaux ont envisagé les résultats généraux fournis par l'utilisation de l'une et l'autre méthode et ont fait déjà entrevoir d'une façon précise le degré d'extension et les limites raisonnables qu'il convient de donner à la chirurgie dans le traitement des hémorragies.

Nous avons repris les mêmes cas en y ajoutant ceux qui furent traités de 1926 à 1931 ; d'autre part, nous nous sommes attachés surtout à établir d'une façon précise sur quelles indications on s'adressa au traitement chirurgical. Depuis 1927, les cas traités chirurgicalement ont été beaucoup plus nombreux que dans les années précédentes. L'augmentation de ces cas chirurgicaux pouvait être prévue du reste à la lecture de la thèse de Mlle BUCSAN qui laissait entrevoir, d'après les résultats obtenus jusque là que le rôle de la chirurgie méritait d'être élargi. Au cours de la période 1927-1931, cette doctrine fut suivie, nous en apportons les résultats.

Les cas observés ont posé des problèmes thérapeutiques pendant la gestation et pendant le travail.

Le groupe des hémorragies de la gestation est beaucoup moins fertile en enseignement que celui des hémorragies survenues au cours du travail ; nous allons les envisager successivement.

I

LES HÉMORRAGIES DE LA GESTATION

Nous avons recueilli 170 hémorragies par Insertion vicieuse du placenta au cours de la gestation dans la série totale de 1920 à 1931. Ces hémorragies ont revêtu les mêmes caractères que ceux déjà mis en évidence par Mlle BUCSAN pour les 71 d'entre elles qui étaient survenues de 1920 à 1926.

La date d'apparition :

des Hémorragies se répartit comme suit :

Au cours des 5 premiers mois	: 46
Au cours du 6 ^e mois	: 22
Au cours du 7 ^e mois	: 42
Au cours du 8 ^e mois	: 24
Au cours du 9 ^e mois	: 36

L'Aspect Clinique :

La Répétition 69 fois les hémorragies furent uniques ;
80 fois elles se répétèrent sans aucune régularité ;
21 fois elles furent inquiétantes par leur répétition.

L'Abondance fut également très variable. Dans 47 cas, elle fut très grande.

L'Evolution de ces Hémorragies :

En ce qui concerne leur évolution, on peut répartir les hémorragies en trois groupes ; celles qui, survenant pendant la gestation, cessèrent spontanément sans réapparaître au cours du travail ; celles qui réapparurent pendant le travail ; enfin, le 3^e groupe, le moins nombreux mais le plus important, est celui des hémorragies de la gestation dont l'importance fût telle qu'elle nécessita un traitement avant début du travail.

Le 1^{er} groupe réunit les 55 cas d'hémorragies, sans gravité, au cours de la gestation, qui cessèrent spontanément sans intervention d'aucun traitement quel qu'il soit. Dans ces 55 cas la survenue accidentelle de ces hémorragies au cours de la gestation n'empêcha pas la grossesse d'évoluer normalement jusqu'au déclanchement du travail au cours duquel elles ne se repro-

duisirent pas. Les accouchements, souvent prématurés, 39 fois sur 55, se terminèrent par la naissance de 47 enfants vivants. Pour cette série favorable, le type de placenta était le plus souvent latéral, la mensuration des membranes ayant montré 46 fois l'existence d'un petit côté de 1 cm. ou plus.

Le 2^e groupe réunit les 110 hémorragies plus ou moins abondantes mais non immédiatement graves qui ont laissé la gestation évoluer mais se sont reproduites au cours du travail ou de la délivrance. Ces dernières hémorragies se confondent avec les hémorragies du travail que nous allons étudier longuement.

Le 3^e groupe. Sur les 170 hémorragies de la gestation, il reste 5 cas où l'hémorragie de la gestation fut assez importante pour légitimer une intervention avant tout début de travail.

Moment de l'intervention :

Dans deux cas, l'accident qui imposa l'intervention se produisit nettement avant terme : 6^e mois (obs. 204) et 7^e mois (obs. 1452).

Dans les 3 autres cas, l'accident détermina de l'infection, survint au voisinage du terme, mais avant l'entrée en travail.

Indications des interventions :

Dans les 5 cas l'intervention fut dictée par l'apparition d'hémorragies très abondantes :

— 2 fois il s'agissait d'hémorragies survenant pour la première fois, mais d'une abondance telle qu'elle pouvait faire redouter une évolution immédiatement fatale (Obs. n° 2097 et n° 204).

— Dans 3 cas, l'indication fut posée par la répétition des hémorragies, associée à une infection consécutive à la rupture spontanée et prématurée des membranes.

Intervention :

a) **Traitement Obstétrical.** — Le traitement obstétrical consista en l'introduction de ballons (Obs. n° 871 et n° 1452) et se termina par la guérison des femmes. Les deux enfants sont morts (1140 gr. et 2150 gr.).

Dans ces conditions l'opportunité du traitement chirurgical ne se posait pas du fait de la prématurité évidente des enfants. Tout au plus aurait-on pu la discuter, si, malgré la prématurité on s'était trouvé en présence d'une hémorragie d'une abondance telle qu'elle mettait immédiatement la vie de la femme en danger.

b) **Traitement Chirurgical.** — Le traitement chirurgical a été utilisé dans les trois autres cas où l'accident déterminant survint au voisinage du terme.

2 fois le traitement chirurgical se trouva indiqué au cours d'hémorragies survenues au voisinage du terme. Malgré la prématurité de l'enfant, la vie de la mère était en danger du fait de l'abondance et de la répétition des hémorragies et de la rupture spontanée et prématurée des membranes.

Dans un des deux cas (Obs. n° 1445) toute manœuvre obstétricale par voie basse se trouvait impossible du fait de la sclérose du col empêchant d'introduire rapidement un ballon pouvant assurer assez rapidement une hémostase suffisante.

Dans le 2^e cas, (Obs. n° 204) l'indication majeure se trouvait posée par la survenue d'une hémorragie massive d'une brutalité telle qu'en quelques instants la vie de la femme s'était trouvée en danger.

Dans les 2 cas l'hystérectomie fut pratiquée en vas clos, le traitement mutilateur ayant été choisi parce que l'état d'anémie de chacune de ces deux femmes était tel qu'il fallait assurer une hémostase immédiate et définitive,

Dans les 2 cas l'évolution se fit vers la guérison.

Le 3^e cas, traité chirurgicalement (Obs. n° 2097) se trouva indiqué par l'apparition d'une hémorragie, grave, unique avant tout début de travail ; l'abondance de l'hémorragie mettait la vie de la femme en danger, d'autre part, l'exploration vaginale avait fait voir qu'il s'agissait d'un placenta recouvrant.

Une césarienne basse, pratiquée d'emblée, permit d'extraire un enfant vivant et d'assurer la guérison de la mère.

La comparaison de ces trois groupes de faits, nous permet de conclure que les hémorragies de la gestation nécessitant une thérapeutique au cours de la gestation sont très rares et que, dans les rares cas où un accident brutal survient, celui-ci mettant souvent la vie de la femme en danger, il faut une thérapeutique active et rapide.

II

LES HÉMORRAGIES DU TRAVAIL

Nous n'avons retenu que celles des hémorragies du travail qui nécessitèrent une intervention.

Elles sont au nombre de 146.

Nous avons trouvé dans les observations 44 hémorragies par insertion vicieuse du placenta, moyennes ou importantes, pour lesquelles une rupture spontanée et précoce mit fin à l'hémorragie. Nous ne les introduirons pas dans notre statistique qui envisage seulement les 146 hémorragies qui ont nécessité un traitement. Elles se décomposent de la façon suivante :

83 cas traités uniquement par la rupture artificielle des membranes,

33 cas d'hémorragies ayant nécessité un traitement obstétrical-complexe,

30 cas traités chirurgicalement.

a) Résultats globaux

Sur cet ensemble de 146 hémorragies, les chiffres généraux de mortalité maternelle et fœtale sont les suivants :

La Mortalité Maternelle est de 7 cas, c'est-à-dire 5,6 %.

Quant à la Mortalité Fœtale, elle est de 40 %.

La comparaison de ces résultats avec ceux qui avaient été obtenus à la Clinique Baudelocque de 1890 à 1910 établit que, contrairement à ce que l'on aurait pu penser, il y a dans l'ensemble peu de changement.

La Mortalité Maternelle s'est très légèrement abaissée ; depuis l'avènement de l'ère chirurgicale, elle est passée de 6,7 % à 5,6 %.

La Mortalité Fœtale est restée par contre à peu près aussi lourde, elle est passée seulement de 44,8 % à 40 %.

Les progrès réalisés, sont donc en apparence, médiocres. En réalité, ainsi que nous le verrons plus loin le rôle joué par les hémorragies traitées par rupture des membranes est faible dans cette mortalité maternelle et fœtale. Les décès sont, au contraire, nombreux dans les hémorragies graves et c'est parmi ces dernières qu'il y a du terrain à gagner.

b) Résultats suivant les différentes méthodes de traitement

Nous allons étudier comment les résultats se répartissent en analysant chaque catégorie de cas suivant le traitement qui a été institué.

Division des cas. — Des 146 cas d'hémorragies traités à la Clinique Baudelocque nous commencerons par mettre à part 6 hémorragies pour lesquelles le traitement a consisté en *version suivie d'extraction*.

Dans les 6 cas il s'agissait de femmes présentant des hémorragies alors que le travail était avancé. Le col était dans une dilatation complète, ou voisine de cet état. Dans les 6 observations dont il s'agit, la thérapeutique instituée était la seule qui pouvait être faite. Lorsque la dilatation est complète, l'évacuation de l'utérus est facilement réalisable et la version est, en général, le procédé de choix. Dans deux cas, l'intervention dut être complétée par une intervention obstétricale supplémentaire :

- Une fois, une basiotripsie nécessitée par une viciation pelvienne ;
- Une autre fois, l'intervention supplémentaire avait été antérieure à la version et avait consisté en un décollement manuel du placenta (Manœuvre de SIMPSON).

Les résultats acquis furent satisfaisants puisque les 6 femmes guérirent.

Néanmoins, les suites de couches furent toutes marquées d'incidents fébriles, dont certains furent graves (une phlébite bilatérale — une pleurésie purulente).

Quant aux résultats obtenus pour les enfants ; ils sont très mauvais. Un seul des enfants survécut pour mourir 10 jours après la naissance. De tels résultats infantiles confirment la légitimité de la thérapeutique employée, aucune autre ne paraît plus rationnelle.

Elimination faite de ces six premiers cas, nous pouvons répartir les hémorragies traitées à la Clinique Baudelocque en trois catégories :

La 1^{re} catégorie comprend les 83 cas traités par rupture large des membranes.

La 2^e catégorie réunit les 27 hémorragies traitées par application de ballons et version sans extraction immédiate.

La 3^e catégorie comporte les 30 cas traités chirurgicalement.

Nous allons étudier successivement les résultats obtenus pour chacune de ces catégories et comparer dans les deux premières les résultats qui ont été obtenus de 1890 à 1910 dans les catégories d'hémorragies analogues traitées à cette époque par les mêmes procédés. Une idée générale de cette étude comparative peut être donnée par la lecture des deux tableaux suivants.

CLINIQUE BAUDELOQUE (1890-1910) — Professeur A. PINARD

162 hémorragies traitées

53.000 accouchements

HÉMORRAGIES DU TRAVAIL,	RÉSULTATS MATERNELS										RÉSULTATS FœTAUX		
	Total des cas traités	Total des Morts	Choc	Causes des Morts			Infection	Mortalité	Total des Morts	Total enfants viables + 2000	Total des Morts	Mortalité	
				Travail	Anémie	Délivrance							
Hémorragies ayant été traitées par la simple rupture artificielle des membranes	87=53,7%	1				1	1,14 %	36=41,3%	70	19	19 %		
Hémorragies ayant né- cessité un traitement obstétrical plus complexe.	75=46,3%	9	3	3		3	12 %	38=77,3%	56	39	69 %		
TOTAL GÉNÉRAL DES HÉMORRAGIES TRAITÉES	162	10	3	3		4	6,7 %	84 = 50 %	126	58	46 %		

Statistique parue dans le rapport de M. le Professeur COUVELAIRE au Congrès International d'obstétrique et de gynécologie de Berlin 1912

CLINIQUE BAUDELOCQUE — (1920-1931) Professeur COUVELAIRE
41.228 accouchements 146 hémorragies traitées

HÉMORRAGIES DU TRAVAIL.	Total des cas traités	RÉSULTATS MATERNELS					RÉSULTATS FŒTAUX		
		Total des morts	Choc	Causes des Morts			Total des morts	Enfants viables + 2.000	
				Travail	Anémie	Infection		Total enfants viables de + 2.000	Mortalité
Hémorragies ayant été traitées par la simple rupture artificielle des membranes.	83 = 55 %	1		1			37 = 44,5 %	62	17 27 %
Hémorragies ayant né- cessité un traitement obstétrical complexe . . .	33 = 25 %	4		1	2	1	23 = 85 %	20	15 75 %
Hémorragies traitées chirurgicalement	30 = 20 %	3	1				9 = 26 %	22	3 16 %
TOTAL DES HÉMOR- RAGIES TRAITÉES ..	146	8	1	2	2	3	74 = 52 %	104	35 33,6 %

Dans la 2^e catégorie sont comptées sur ce tableau les 6 hémorragies traitées par version suivie d'extraction immédiate.

PREMIERE CATEGORIE

Les 83 cas d'hémorragies traitées par rupture large des membranes ne prêtent pas à ample discussion.

1° Fréquence : Cette catégorie groupe les hémorragies de beaucoup les plus fréquentes et représente la moitié des cas ayant nécessité un traitement : 55 %.

Cette proportion serait encore plus grande si l'on faisait intervenir les hémorragies qui avaient cessé après rupture spontanée des membranes : 67 %.

2° Conditions Anatomiques : Les conditions anatomiques de ces hémorragies sont caractérisées par la variété de l'insertion vicieuse et par l'accessibilité des membranes.

Les variétés d'insertion ont été notées avec soin et se répartissent de la façon suivante :

Insertion latérale : 68 cas sur 83, soit 82 %.

Insertion marginale : 12 cas sur 83, soit 14 %.

Insertion recouvrante . . . : 3 cas sur 83, soit 4 %.

L'accessibilité du pôle inférieur de l'œuf était en fonction des facteurs suivants : dilatation du col ; souplesse du col.

La dilatation du col : 3 fois sur 83, dilatation nulle au moment où l'importance des hémorragies rendit nécessaire la rupture large des membranes ; 52 fois sur 83 le col était dilaté de 50 centimes à 2 francs ; 27 fois il y avait dilatation de 5 francs à petite paume.

La souplesse du col : La qualité du tissu cervical constitue un facteur qui n'intervient que dans les cas où la dilatation est minime. On ne note pas dans cette série de cas de sclérose.

3° Circonstances cliniques. — Les circonstances cliniques des hémorragies de cette catégorie sont donc relativement faciles à énoncer : a) col accessible, dilaté ou permettant l'accessibilité du pôle inférieur de l'œuf ; b) membranes accessibles, en raison du type d'insertion placentaire (82 % des cas insertion latérale) ; c) existence d'une présentation eutocique au détroit supérieur.

4° Les résultats maternels. — 1^{re} catégorie. Sur les 83 cas, on compte 80 succès et 3 échecs.

1° 80 fois la rupture des membranes arrêta l'hémorragie pendant l'accouchement et permit un accouchement normal. Sur ces 80 cas, l'accouchement fut spontané 71 fois. 9 fois durent être pratiquées des manœuvres obstétricales complémentaires : 6 applications de forceps ; 2 extractions de siège.

Les délivrances furent marquées d'incidents plus nombreux, 26 fois des délivrances artificielles furent pratiquées et 6 fois l'hémorragie reprit après la délivrance.

Ces hémorragies survenant après la délivrance sont redoutables, puisque nous avons à déplorer une mort par reprise de l'hémorragie après l'évacuation totale de l'utérus. Ce décès est le seul de toute la catégorie d'hémorragies traitées par la rupture des membranes (obs. 1658 ann. 1926). L'hémorragie survenue, après la délivrance au cours de laquelle la malade mourut, était d'abondance moyenne, mais elle tirait sa gravité de l'état d'anémie préexistante chez cette femme.

On avait été amené à adopter le traitement obstétrical en raison de conditions anatomiques favorables (col dilaté entre 5 francs et petite paume) et également en raison du fait de la mort de l'enfant au moment de l'arrivée de la femme à la Clinique. L'état de la femme était tel au moment de son entrée que l'intervention pratiquée était en même temps la plus simple et la plus rapide ; après la rupture des membranes la quantité de sang perdue fut minime, par contre, après la délivrance, se produisit une légère reprise de l'hémorragie. Cette hémorragie était d'abondance moyenne. Sa quantité était très suffisante pour expliquer à elle seule la mort.

Il est probable que toute autre intervention, chirurgicale en particulier, aurait également entraîné la mort de la femme. Celle-ci était incapable de faire les frais d'une intervention quelconque ; il s'agissait d'une femme fatiguée, grande multipare, syphilitique et atteinte d'une myocardite, la mort survint malgré une transfusion pratiquée *in-extremis*. Il est ainsi légitime de mettre ce décès au passif de la méthode simple de la rupture des membranes car il est vraisemblable que la patiente n'aurait pu supporter quelque autre intervention que ce soit.

2° Les 3 cas d'échecs : Trois fois la rupture large des membranes exécutées dans ces conditions anatomiques et cliniques favorables n'arrêta pas l'hémorragie.

Dans ces trois cas, c'est au traitement chirurgical qu'on s'adressa pour réaliser l'hémostase.

— 2 Césariennes (une avec extériorisation ; une césarienne basse).

— 1 Hystérectomie.

5° Les enfants. — Sur les 83 cas d'hémorragies ainsi traitées, on relève 37 morts d'enfants, soit une mortalité brute de 44,5 %.

Pour apprécier la mortalité infantile véritable il ne faut retenir que les morts d'enfants réellement viables, pesant plus de 2.000 grammes et vivant au moment de l'entrée en travail. C'est ainsi que nous apprécierons la mortalité infantile réelle.

Nous retranchons donc des 83 cas : d'une part, 6 dans lesquels l'enfant était mort au moment de l'entrée de la femme en travail ; d'autre part, 15 enfants morts pesant moins de 2.000 gr. pouvant être considérés comme non viables. Sur les 62 enfants viables, vivant au moment de l'entrée en travail, il y eut 17 décès ce qui donne une *mortalité infantile réelle* de 17 sur 62 enfants = 27 %.

6° Comparaison avec la période de 1890-1910. — Si l'on se reporte à la série des cas traités à la Clinique Baudelocque de 1890 à 1910, par le même procédé, on voit que :

La fréquence reste à peu près la même

53 % en 1910 ; 55 % en 1931.

La Mortalité Maternelle reste la même

1 cas sur 87 en 1910 = 1,14 % des cas.

1 cas sur 83 en 1931 = 1,20 % des cas.

La Mortalité Fœtale a également peu varié

41 % en 1910 ; 44 % en 1931.

Il paraît ainsi que, dans les hémorragies répondant à ce type, la conduite à tenir ne doit pas être changée, en ce qui concerne les mères tout au moins.

Pour les enfants le traitement obstétrical donne des résultats médiocres. Si l'on élimine les enfants de moins de 2.000 grammes, il y a encore une mortalité de 27 %.

DEUXIEME CATEGORIE

Les 27 cas traités par des méthodes obstétricales complexes

(Ballons et versions sans extraction immédiate)

De cette catégorie nous avons mis à part, ainsi qu'on l'a vu plus haut, 6 hémorragies survenues au moment où la dilatation du col se trouvait assez avancée pour permettre une évacuation immédiate par version suivie d'extraction. Dans ces cas la conduite à tenir était simple, le traitement institué est le seul qui devait être logiquement discuté quel qu'ait été l'état de la mère et celui de l'enfant.

Très différentes sont les 27 autres hémorragies graves qui nécessitèrent la mise en œuvre d'un traitement obstétrical complexe par ballon ou version alors que la dilatation du col était peu avancée.

Nous allons envisager successivement :

- Les conditions anatomiques de ces hémorragies,
- les circonstances cliniques,
- les résultats pour les mères et pour les enfants, enfin,

— nous comparerons les résultats obtenus pour cette série de 27 cas avec ceux obtenus dans la série de 1890 à 1910 pour des femmes présentant des hémorragies du même type traitées par les mêmes méthodes.

CLINIQUE BAUDELLOCQUE

1920-1931

Hémorragies traitées par des méthodes obstétricales complexes

Fréquences. — 27 cas sur 146 hémorragies du travail
= 18,5 %.

Ballons 19 : 4 opérations complémentaires ;
2 échecs (par reprise d'hémorragie) ;
3 morts \ 2 par anémie,
 / 1 par septicémie.

Versions 8 : 3 opérations complémentaires ;
1 mort par hémorragie.

Résultats

a) *Maternels* : Mortalité de $4/27 = 18,57\%$.

État des femmes à l'arrivée à la Clinique	Nombre	Reprise d'hémorragies	Mort par	
			Hémorragie	Infection
Bon	20	3	0	0
En anémie aigüe.	6	5	3	
En infection. . .	1			1
Total	27	8	3	1

b) *Les Enfants* : 23 morts sur 27 enfants = 85 % de
mortalité globale, 15 morts sur 20 enfants de 2.000 gr. = 75 %
de mortalité réelle.

1° Fréquence. — Les cas traités par des méthodes obstétricales complexes sont au nombre de 27 ce qui donne un pourcentage de 27 sur 46, soit 18,5 %.

2° Les conditions anatomiques de ces hémorragies sont liées à la situation du placenta et à l'accessibilité du pôle inférieur de l'œuf.

La situation du placenta :

— Le placenta était en variété recouvrante 13 fois sur 27.

— Il était en variété marginale, 10 fois sur 27.

— Dans 4 hémorragies on n'a pu reconnaître la variété d'insertion dont il s'agissait.

On peut noter cependant la proportion très considérable des placentas recouvrants : presque la moitié des cas.

L'accessibilité du pôle inférieur de l'œuf était médiocre.

— 9 fois sur 27, le col était scléreux et cicatriciel ;

— 8 fois sur 27, il avait une dilatation inférieure au diamètre de 1 cm. au moment où l'abondance de l'hémorragie rendit nécessaire la mise en œuvre immédiate du traitement.

3° Les circonstances cliniques furent les suivantes :

a) *Etat des femmes au moment de l'entrée à la Clinique.*

Anémie aigüe, 11 fois (soit du fait d'une hémorragie brutale ; soit du fait d'hémorragies antérieures répétées).

b) *Antécédents.*

Les 16 dernières femmes traitées étaient le plus souvent des femmes âgées et multipares.

10 sur 16 avaient plus de 29 ans,

6 sur 16 avaient eu 4 gestations ou plus,

9 sur 16 avaient déjà au moins un enfant vivant.

Etat de l'enfant au moment de l'arrivée à la Clinique.

On note à ce sujet deux faits importants :

1° La fréquence de la prématurité :

11 fois sur 27 le traitement a dû être exécuté chez des femmes avant terme, en particulier dans la série des 16 derniers cas on trouve la proportion de 9 accouchements prématurés.

2° La fréquence des cas où l'enfant était mort avant le début du traitement :

4 fois la mort avait été constatée au moment de l'entrée de la femme à la Clinique ; 6 fois l'enfant mourut dès le début du travail.

4° Les interventions

furent faites :

8 fois d'emblée ;

19 fois après une intervention obstétricale plus simple :

Rupture artificielle des membranes .. 17 fois

Tamponnements 1 fois

Dilatation digitale pratiquée en ville. 1 fois

a) *Les Ballons*. — Sur les 19 cas traités par les ballons de CHAMPE-TIER DE RIBES ; 4 fois des opérations complémentaires furent nécessaires : 1 embryotomie, 1 manœuvre de SIMPSON, 2 perforations préalables de la masse placentaire pratiquées pour permettre l'introduction du ballon.

Nous réservons le cas dans lequel une hystérectomie dut être pratiquée après évacuation de l'utérus. Cette hystérectomie constitua non pas une opération complémentaire mais une modification de traitement entraînée par l'échec de la méthode.

Les Résultats sont médiocres puisqu'ils comptent 2 échecs par impuissance du ballon à arrêter l'hémorragie et 3 morts de femmes.

Les Echecs sont au nombre de 2.

1° (Obs. 1423, ann. 1924). Il s'agissait d'une femme fatiguée, X^e pare, atteinte de tuberculose pulmonaire, arrivée à la clinique en état d'anémie aigüe provoquée par des hémorragies répétées. — Insertion recouvrante. Le ballon ne put être introduit dans l'œuf que grâce à une version de la masse placentaire ; l'hémorragie ne cessa pas et la malade mourut non accouchée.

2° (Obs. 410, ann. 1926). II^e pare de 20 ans. Hémorragie continuant malgré l'introduction d'un ballon. L'indication d'hystérectomie fut posée malgré la mort du fœtus en raison de la gravité de l'état de la femme.

Les Morts sont au nombre de 3 : 2 par hémorragies, 1 par septicémie. Les deux morts par hémorragies sont survenues dans les conditions suivantes :

— L'une avant l'accouchement (Obs. 1423-1924).

— L'autre après la délivrance et évacuation totale de l'utérus par reprise foudroyante de l'hémorragie (1610-1922).

La mort par septicémie survint chez une femme dont le ballon avait été placé dans l'œuf 7 heures après la rupture artificielle des membranes ; à la suite d'un frisson le ballon fut évacué, l'accouchement se produisit spontanément et la malade mourut le 5^e jour dans un syndrome de septicémie suraigüe. (Obs. 2377, ann. 1927.)

b) *Les Versions.* — Au nombre de 8, comportèrent, dans trois cas, des interventions complémentaires :

— 1 basiotripsie,

— 1 décollement manuel à la SIMPSON,

— 1 perforation de la masse placentaire.

Une mort par hémorragie survenue après la délivrance (Obs. 2326-1926) : femme arrivée à la Clinique en état d'anémie aigüe et infectée. Evacuation spontanée de l'utérus après version. Mort par reprise de l'hémorragie malgré le tamponnement serré et la transfusion de sang faite *in-extremis*.

5^e Les résultats globaux des 27 cas traités par cette méthode sont médiocres.

a) *Pour les Mères : la mortalité est de 4 sur 27 cas, soit 18,57 %.*

La mort a été causée :

— 1 fois par septicémie (Obs. 2377-1927).

— 3 fois par anémie.

Pour ces dernières, dans deux cas, l'hémorragie fatale survint après évacuation totale et complète de l'utérus. Dans les deux cas, il s'agissait de femmes ayant saigné à plusieurs reprises au cours de la grossesse, arrivées à la Clinique en état d'anémie aigüe (Obs. 1610, ann. 1922) et (Obs. 2326, ann. 1926).

La 3^e femme fut emportée alors qu'elle n'était point accouchée (Obs. 1423, ann. 1924).

La Morbidité est également lourde puisque 9 fois furent observées des hémorragies de la délivrance ayant nécessité une manœuvre intra-utérine. 4 fois l'hémorragie ne cessa pas malgré l'évacuation de l'utérus (sur ces 4 hémorragies, deux se terminèrent par la mort ; l'une par une hystérectomie, dont le résultat fut favorable).

Des suites fébriles furent observées 7 fois et 2 fois se constituèrent des phlébites des membres inférieurs.

b) *Les Enfants.* — La mortalité infantile générale est très élevée. 23 morts d'enfants sur 27 cas, = soit 85 %.

Pour établir ce bilan à la manière pratiquée pour le groupe précédent, nous devons éliminer, d'une part, les trois enfants morts au moment de l'arrivée des femmes à la clinique ; d'autre part, ceux dont le poids était inférieur à 2.000 grammes. Ainsi, notre statistique portera, non plus sur 27 enfants, mais sur 20 enfants avec 15 morts, soit 75 % de mortalité infantile.

6° **Comparaison avec la série 1890-1910.** — Si l'on compare les résultats obtenus dans le traitement des hémorragies par les mêmes procédés (ballons et versions sans extériorisation immédiate) au cours des deux périodes 1890-1910 et 1920-1931, dans la même Clinique Baudelocque, nous arrivons à la conclusion qu'il y a peu de choses changées.

a) *Fréquence.* — Le nombre relatif des cas traités dans ces dernières années 1920-1931, est beaucoup moins considérable que dans la série précédente :

46,3 % en 1910.

18,5 % en 1931.

Cette diminution de la fréquence est parfaitement explicable par le fait que dans la série qui s'est terminée en 1910 aucune intervention chirurgicale n'avait été faite ; il y a donc une grosse proportion de cas graves qui ont été dévolus à la chirurgie et enlevés au traitement obstétrical.

b) *La Mortalité Maternelle* est toujours très élevée ; le chiffre est même considérablement plus défavorable dans la série actuelle :

12 % en 1910.

18 % en 1931.

c) *La Mortalité infantile* est toujours très importante :

77 % en 1910.

85 % en 1931.

Cette mortalité reste élevée si on la limite à ce que nous avons appelé la *mortalité infantile réelle*, c'est-à-dire la mortalité des enfants viables de plus de 2.000 grammes dont on avait constaté l'état de vie au moment de l'entrée à la clinique.

69 % en 1910.

75 % en 1931.

En résumé, dans tous les cas, où la rupture des membranes s'est montrée insuffisante et où il a fallu recourir à d'autres techniques obstétricales, (versions ou ballons), il s'agissait d'une variété marginale ou recouvrante de l'insertion vicieuse. Dans la grande majorité des cas, le ballon a assuré une excellente hémostase pendant le travail. Cette action n'a pas été constante puisque nous avons constaté trois fois que l'hémorragie avait continué après la pose du ballon (il s'agissait alors deux fois sur trois d'une variété recouvrante du placenta). Même si l'hémostase obtenue au cours du travail par la pose du ballon a été satisfaisante, l'hémorragie a été susceptible de se reproduire au moment de la délivrance ; elle a pu alors être extrêmement inquiétante ou mortelle.

En ce qui concerne les enfants, le ballon a entraîné des risques très importants. L'élévation de la mortalité foetale, a été plus une conséquence de l'abondance de l'hémorragie et du choix de la thérapeutique que de la prématurité.

TROISIEME CATEGORIE

Les 30 cas traités par des méthodes chirurgicales

Les 30 cas traités chirurgicalement seront étudiés d'une façon complète et détaillée dans le chapitre suivant dans lequel nous envisagerons les différentes techniques utilisées et leurs indications respectives.

1° Résultats globaux. — Les résultats globaux des cas traités par la chirurgie sont les suivants :

Résultats maternels. — 3 morts sur 30 cas, dont 1 mort par hémorragie et 2 par septicémie. Il convient de tenir compte que ces trois décès sont survenus au cours d'interventions conservatrices qui sont au nombre de 14 ; on peut de suite leur opposer les 16 hystérectomies qui n'entraînèrent aucun décès. *La Mortalité Maternelle* est donc relativement élevée : 3 cas sur 30, soit 10 %.

La Mortalité infantile est, par contre, considérablement diminuée. Si l'on compte la mortalité globale de tous les enfants extraits par césarienne elle s'élève à 26 % : 9 décès sur 30. En tenant compte, comme pour les

2 groupes précédents seulement des enfants vivants au moment de l'arrivée des mères dans le service et d'un poids supérieur à 2.000 grammes : on trouve 3 décès sur 22 enfants, soit une *mortalité infantile réelle de 16 %*.

2° Comparaison avec les résultats obstétricaux dans les cas graves.

— On peut tirer une notion intéressante en comparant les résultats qui ont été obtenus par la chirurgie et par les méthodes obstétricales. Cette comparaison est d'autant plus édifiante que ces deux séries de traitement ont été applicables à des cas analogues, comparables à tous points de vue.

Pour les mères les résultats ont été sensiblement analogues.

Les hémorragies traitées par méthodes obstétricales soit dans la série allant de 1890 à 1910, soit dans la série récente de 1920 à 1931 ont entraîné une mortalité de 12 %.

Celle des cas traités chirurgicalement est très légèrement abaissée à 10 %.

On a donc perdu sensiblement autant de mères, mais il faut insister sur trois faits :

1° Ce résultat a été acquis au prix d'un nombre important de stérilisation.

2° Pour les cas dans lesquels on s'est décidé de faire une stérilisation les résultats ont été excellents. Nous reviendrons longuement sur ce fait dans le chapitre suivant.

3° Il faut se souvenir enfin qu'en dehors de la mortalité par placenta praevia, il y a une mortalité inhérente à la césarienne elle-même. Ce n'est pas une raison parce que cette opération a été faite chez des femmes porteuses de placentas praevia, c'est-à-dire anémiées pour que cette cause de mortalité n'intervienne pas, il s'en faut de beaucoup.

Pour les enfants les résultats ont été beaucoup meilleurs dans les hémorragies traitées par la chirurgie. La mortalité infantile réelle des cas chirurgicaux de 16 % constitue un progrès énorme en face des 75 % entraînés par les traitements obstétricaux.

En résumé l'impression qui se dégage de ces chiffres globaux a été exprimée en ces termes par M. le Professeur COUVELAIRE, dans sa leçon de 1931 à la Clinique Baudelocque : « Si l'on compare entre eux les résultats globaux des deux dernières catégories on peut considérer qu'au total ces résultats sont très comparables. On peut donc dire que, dans les conditions où nous les avons appliquées, les méthodes obstétricales et chirur-

« gicales ont abouti à des résultats assez analogues pour que, au point de
« vue maternel, chacun selon ses tendances ou ses capacités personnelles,
« se trouve, selon nous, en droit d'adopter l'une ou l'autre. »

« Mais cela ne doit pas nous empêcher d'espérer faire mieux, je ne
« dis pas pour les enfants, puisque le résultat est acquis, mais pour les
« mères. »

« Je ne discuterai pas la question de savoir si nous pouvons faire mieux
« dans les cas bénins, justiciables de la simple rupture des membranes, c'est-
« à-dire dans les cas d'insertions latérales faciles à diagnostiquer en parti-
« culier au début du travail par l'examen direct. Ces cas traités chirurgicale-
« ment donneraient à coup sûr un plus grand nombre d'enfants vivants mais
« une mortalité maternelle plus élevée ; car, enfin, on ne peut dire que,
« après césarienne ou hystérectomie, même pratiquée dans des conditions
« apparemment bonnes, la mortalité soit nulle. »

« C'est dans les cas graves ou paraissant susceptibles de le devenir
« que l'on est en droit d'espérer une amélioration des résultats par une dis-
« crimination plus judicieuse des indications cliniques et un choix des techni-
« ques opératoires visant, pour chaque cas particulier, à parer au triple risque
« qui pèse toujours sur ces malades ; l'anémie aigüe, le choc et l'infection. »

IV

ETUDE CRITIQUE
DES CAS TRAITÉS PAR LA CHIRURGIE
ET
DES INDICATIONS OPERATOIRES

Dans l'étude des cas chirurgicaux qui va suivre nous avons eu en vue le double problème suivant :

- Comment a-t-on posé les indications opératoires ?
- Comment a-t-on fait le choix des techniques opératoires ?

I

LES INDICATIONS OPERATOIRES

L'analyse des observations permet de se rendre compte que dans les décisions opératoires on a pris en considération des facteurs qui peuvent être schématisés de la façon suivante :

1° Le moment où s'est produit l'hémorragie qui imposa l'intervention.
2° L'état général (anémie ou infection) au moment où l'on a dû intervenir.

3° La valeur obstétricale de la femme.

4° La vitalité de l'enfant.

Nous allons les étudier successivement.

I

Le moment où s'impose la nécessité d'intervenir

Les indications du traitement chirurgical se sont posées très différemment suivant que l'hémorragie s'est produite pendant la gestation, pendant le début du travail ou ses dernières phases, ou même après la délivrance.

A Pendant la gestation

Au cours de la gestation, la vie de la femme a été rarement menacée du fait de l'insertion vicieuse du placenta. Généralement, les hémorragies ont cessé spontanément, même quand elle avaient été très abondantes.

On a pu être cependant amené à intervenir dans les circonstances suivantes : soit en raison d'hémorragies particulièrement graves ; soit en raison de l'ouverture de l'œuf réalisée à une période où l'accès par les voies naturelles était impossible ; enfin dans des cas mixtes.

Ces éventualités sont du reste exceptionnelles ; dans la série des 162 hémorragies que nous étudions il n'y eut que 5 cas où l'on se trouve amené à faire une intervention quelconque au cours de la grossesse.

Nous allons voir comment les indications opératoires ont pu se poser avant le début du travail dans les 3 éventualités possibles :

Hémorragie,

Ouverture prématurée de l'œuf et

Cas mixtes.

1° L'hémorragie.

L'hémorragie de la gestation peut constituer une indication opératoire avant tout début de travail dans deux circonstances : lorsqu'il s'agit d'une hémorragie unique mais tout particulièrement abondante ; ou lorsqu'il s'agit d'hémorragies répétées qui deviennent dangereuses du fait de l'anémie progressive de la malade.

a) L'hémorragie, unique, abondante, ne constitue une indication opératoire que lorsque son abondance est telle que la vie de la femme est immédiatement en danger.

Dans ces conditions il faut faire une intervention qui réalise l'hémostase immédiate et complète. Cette éventualité a été réalisée une fois dans la série étudiée (Obs. 204-1927, n° XXI) : la nécessité d'arrêter l'hémorragie constituait dans ce cas la raison unique de l'intervention ; les antécédents obstétricaux de la femme (15 gestations avec 2 enfants vivants seulement chez une femme de 38 ans) ne devaient pas intervenir dans la décision, de même que l'état du fœtus très éloigné du terme. Le problème dans ce cas est simple : il s'agit d'arrêter le flot hémorragique dans le délai le plus rapide, par la méthode la plus sûre : de toute évidence c'est l'hystérectomie qui assurant la ligature des pédicules, réalise ce but de la façon la plus sûre et la plus rapide.

b) Les hémorragies répétées peuvent constituer à elles seules une indication opératoire avant tout début de travail : soit parce qu'elles peuvent mettre par elles-mêmes la vie de la femme en danger, soit parce qu'elles

peuvent faire redouter la survenue, pendant le travail prochain, d'une nouvelle hémorragie dont la femme pourrait ne pas faire les frais.

A ce sujet M. LÉVY-SOLAL avec MM. TZANCK et CHARRIER ont mis en évidence un fait important. Ils ont montré expérimentalement et cliniquement que chez des sujets anémiés par des hémorragies répétées, il suffisait d'une reprise de l'hémorragie, même minime, pour entraîner la mort. (GOSSET, LÉVY-SOLAL, CHARRIER.) Cette échéance fatale est particulièrement à craindre lorsque la reprise de l'hémorragie se fait à l'occasion d'une intervention (chirurgicale ou obstétricale) qui augmente considérablement l'état de choc. Les femmes qui se trouvent dans de telles conditions doivent être traitées de telle sorte que l'acte obstétrical ou chirurgical, soit réalisé avec le minimum d'hémorragie et dans le temps le plus court.

La conclusion pratique de ces faits, est que chez les femmes saignant de façon répétée pendant la grossesse, il y a avantage à écarter les procédés obstétricaux trop lents et trop hémorragiques et à s'adresser aux techniques chirurgicales d'hémostase rapide. D'autre part il y a le plus grand intérêt à les aider à supporter l'intervention et l'hémorragie, même minime, entraînée par ladite intervention. Ce moyen est offert ainsi que l'a montré M. LÉVY-SOLAL par les transfusions post-opératoires.

La seule difficulté est de déterminer le moment où la répétition des hémorragies rend les procédés obstétricaux dangereux et fait de la chirurgie la solution de sûreté.

Pour fixer ce point délicat on aura à sa disposition les signes classiques de la gravité de l'anémie : l'accélération constante du pouls au-dessus de 100 (PINARD), la diminution des globules rouges au-dessous de 3.000.000, enfin, ainsi que l'a montré M. DEVRAIGNE, la valeur qualitative du sang (appréciable par le taux de l'hémoglobine). Ce dernier critérium est particulièrement à retenir ; M. DEVRAIGNE estime que lorsque le taux de l'hémoglobine est tombé au-dessous de 35 %, la femme se trouve en danger et qu'il y a lieu d'intervenir. A la vérité, c'est moins chacun de ces signes isolés, que leur ensemble ou leur association qui amèneront à l'impression que la femme est en état d'anémie telle qu'il y a urgence à intervenir chirurgicalement.

b) L'ouverture de l'œuf.

L'indication opératoire peut être amenée par une ouverture prématurée de l'œuf avant le début du travail ; elle est particulièrement fréquente dans

les insertions vicieuses du placenta du type marginal. Ce fait a été démontré par M. PINARD avec ses élèves DE ROUVILLE et MAGGIAR (1895). Le tiraillement des membranes dû aux contractions indolentes de l'utérus amène d'autant plus volontiers la rupture prématurée de l'œuf que la zone rigide se trouve plus près du col, or, cette éventualité est réalisée dans les insertions marginales et recouvrantes. D'autre part, les altérations pathologiques de la région cervicale par sclérose cicatricielle, métrite, fibrome du col, etc., augmentent encore les chances de rupture prématurée.

Dans ces conditions l'emploi des procédés obstétricaux est rendu difficile par l'état du col ; il risque, en outre, d'augmenter considérablement les chances d'infection ovulaire, sans compter la possibilité de reprises des hémorragies qui sont d'autant plus à craindre que la présentation appuie mal sur des cols manquant de souplesse. L'intervention chirurgicale constitue alors la solution de prudence et de sécurité.

C'est ce qui a été réalisé une fois (XVII^e Obs. 1689, ann. 1924) : il s'agissait d'une 9^e Pare, possédant seulement deux enfants vivants ; la sclérose du col empêchait toute manœuvre par voie basse, aussi, malgré la mort de l'enfant, on se résolut à pratiquer l'hystérectomie en bloc qui assura la guérison de la mère.

c) La combinaison de ces deux accidents.

La combinaison des deux accidents : hémorragie de la gestation et ouverture spontanée de l'œuf avec infection ovulaire est plus fréquente que leur présence isolée. L'association d'un état d'anémie et d'infection ovulaire rend le danger plus pressant. Cette éventualité a été réalisée 2 fois dans notre série d'observations. Dans un cas (VIII^e Obs. 1698-1927) il s'agissait d'une primipare de 28 ans arrivée à la Clinique en état d'anémie aiguë et d'infection. Malgré la gravité de l'état de la femme et le degré avancé de l'anémie on ne pratiqua pas d'hystérectomie et on se contenta de faire une césarienne basse qui fut suivie de guérison.

Dans le 2^e cas (XXV^e Obs. 861-1929), il s'agissait d'une 5^e Pare arrivée à la Clinique en état d'anémie aiguë et d'infection ovulaire. La multiparité légitima une opération stérilisatrice ; hystérectomie avec drainage par MICKULICZ, qui fut suivie de guérison.

En résumé, toutes les fois que pendant la gestation la vie de la femme a été en danger, soit du fait de l'hémorragie, soit du fait d'une infection, les méthodes obstétricales ont paru aléatoires et les préférences sont allées aux méthodes chirurgicales qui continuaient la méthode de prudence et de sécurité.

B Pendant le travail

Suivant le moment où se pose l'indication opératoire, on peut discuter trois catégories d'éventualités cliniques :

1°) au début du travail,

2°) au cours du travail, avant que la dilatation soit très avancée,

3°) à la fin du travail, alors que la dilatation est déjà parvenue à petite paume ou au-delà.

De ces trois circonstances que nous allons étudier successivement, il y en a deux qui sont beaucoup plus importantes ; ce sont les hémorragies du début et de la première partie du travail.

1° *Au début du travail.* — C'est souvent tout au début du travail que s'impose la nécessité d'agir : alors que le col est à peine effacé ou au début de sa dilatation.

Les risques entraînés par des hémorragies survenant alors sont d'autant plus grands qu'elles se produisent souvent chez des parturientes arrivant au travail déjà anémiées par des hémorragies de la gestation.

En outre il s'ajoute souvent à l'hémorragie le risque supplémentaire d'infection tenant à la rupture prématurée des membranes.

Pareille éventualité est fréquente puisque sur les 30 interventions, 15 d'entre elles furent pratiquées tout au début du travail. Ces 15 interventions sont les suivantes :

— 4 césariennes corporéales, V^e Obs. 2571, ann. 1928 ; II^e Obs. 871, ann. 1924 ; III^e Obs. 163, ann. 1925 ; IV^e Obs. 716, ann. 1928.

— 3 césariennes basses : VI^e Obs. 1105, ann. 1926 ; VII^e Obs. 2097, ann. 1926 ; X^e Obs. 074, ann. 1930.

— 8 hystérectomies : XV^e Obs. 1445, ann. 1922 ; XXIV^e Obs. 2276, ann. 1928 ; XVI^e Obs. 447, ann. 1924 ; XX^e Obs. 410, ann. 1926 ; XXII^e Obs. 1863, ann. 1927 ; XXIII^e Obs. 2263, ann. 1927 ; XXVI^e Obs. 1717, ann. 1929 ; XXIX^e Obs. 1723, ann. 1931.

Pour des opérations faites dans ces conditions, le fait de se trouver tout au début du travail, n'entraîne pas que le risque d'infection soit léger ; la preuve en est qu'une des opérations faite à l'extrême début du travail entraîna la mort par septicémie (Obs. V. 2571). Aussi, convient-il de considérer moins l'état d'avancement du travail que l'état d'infection possible : et dans ces cas il est sage de pratiquer l'intervention qui met le plus à l'abri des incidents infectieux.

2° *Dans la première phase du travail : c'est-à-dire depuis le début de la dilatation jusqu'au moment où elle atteint le voisinage de 5 francs à petite paume.*

C'est la période pendant laquelle tous les dangers sont réunis au maximum. Les hémorragies déjà apparues au début de la dilatation risquent à chaque moment de se reproduire avec une nouvelle intensité. Or, l'insuffisance de la dilatation ne permet pas d'utiliser les techniques obstétricales sans risquer une reprise d'hémorragie qui peut être fatale. Dans cette situation, l'intervention chirurgicale est la solution la plus prudente et la plus sûre. Sur les 30 interventions 10 ont été faites à cette période du travail ; elles se décomposent ainsi :

5 césariennes basses,

1 césarienne avec extériorisation de l'utérus,

4 hystérectomies.

Dans la plupart des cas la dilatation était peu avancée au moment de l'intervention. 7 fois elle était inférieure à 2 francs : (3 fois, dilatation de 1 franc XII^e Obs. 1237 ; XVIII^e Obs. 308 ; XXVIII^e Obs. 1649 et 4 fois, dilatation de 2 francs 1^e Obs. 2017 ; IX^e Obs. 847 ; XIII^e Obs. 1288 ; XIX^e Obs. 1951.) Enfin, 3 fois seulement la dilatation atteignait 5 francs (XI^e Obs. 819 ; XIV^e Obs. 2433 ; XXVII^e Obs. 106).

La gravité de cette période est démontrée par la grosse mortalité des interventions faites à ce moment : 2 décès sur 10 = 20 %.

3° *Période terminale du travail : la dilatation de 5 francs étant franchement dépassée.*

A cette période les indications d'un traitement chirurgical paraissent devoir être peu fréquentes ; on a, en effet, la libre pratique de l'utérus et la possibilité de faire une version avec ou sans extraction de l'enfant. Dans notre

série d'hémorragies l'opportunité du traitement chirurgical à cette période ne s'est pas posée. L'indication n'en pourrait être légitime que dans les cas où un gros risque d'infection ou, une hémorragie très abondante imposeraient la voie haute.

En résumé, pendant la période du travail, c'est à son début et pendant la première phase de son évolution que la situation est la plus dangereuse.

C'est alors que les solutions chirurgicales peuvent être envisagées de préférence aux solutions purement obstétricales, surtout lorsqu'il s'agit d'insertions marginales ou recouvrantes.

C Pendant la délivrance

Pendant la période de la délivrance les indications chirurgicales sont assez restreintes ; généralement, lorsque l'utérus est évacué l'hémorragie cesse et en même temps le danger disparaît. C'est un fait connu depuis longtemps puisqu'il constituait le principe même de l'antique méthode de traitement par évacuation de l'utérus d'Ambroise PARÉ. Néanmoins, la sécurité n'est pas absolue ; tant s'en faut. On peut, en effet, voir survenir des reprises d'hémorragies après évacuation totale de l'utérus. Cette éventualité n'est pas rare et il est possible que la reprise de l'hémorragie soit en rapport avec des fissures cervicales étendues à la région isthmique.

Dans la série des observations que nous avons étudiées on a noté 11 fois une importante *reprise d'hémorragie* après la délivrance :

- 6 fois pour les femmes traitées par simple rupture des membranes,
- 1 fois après indication de ballon,
- 2 fois après version,
- 2 fois après césarienne conservatrice.

Le danger de ces reprises d'hémorragies est considérable, surtout lorsqu'elles surviennent au cours de la délivrance. Nous avons vu qu'elles ont amené 2 décès après pose de ballons (Obs. 1610, ann. 1922 et Obs. 1423, ann. 1924).

Dans un troisième cas, la mort a pu être évitée par une hystérectomie qui fut pratiquée une heure après délivrance artificielle suivie de tamponnement utéro-vaginal : il s'agissait d'une femme dont l'utérus avait été évacué après dilatation par ballon et version et dont l'état général était médiocre

lorsque la délivrance fut terminée. Une reprise d'hémorragie en deux temps mit la femme dans un état d'anémie très inquiétant, disproportionné avec la quantité de sang perdue au cours de cette reprise hémorragique (300 gr. de sang). L'intervention fut pratiquée après que l'état général eut été remonté par une transfusion. L'hystérectomie rapide suivie d'un drainage par MICKULICZ assura la guérison de la femme (Obs. XXX^e, 300).

Il est permis de penser que dans ce cas la reprise d'hémorragie est attribuable à une fissure du segment inférieur dont on retrouva le témoin dans une légère suffusion hémorragique de la base du ligament large droit.

Que l'hémorragie ait été provoquée ou non par une rupture du segment inférieur, son apparition mit la femme en danger de mort immédiat auquel, seule, l'hystérectomie pouvait parer.

II

Etat général des Parturientes

L'état général des malades à leur arrivée à la Clinique a constitué un facteur important dans la décision opératoire. On peut répartir les femmes opérées en 4 catégories suivant qu'à leur entrée elles étaient en bon état ou bien dans une situation grave par le fait d'une anémie, d'une infection, ou de la réunion de ces deux états.

A Malades en bon état général

11 interventions furent faites sur des femmes dont l'état général était bon. Les indications résultaient non pas de la gravité générale de l'état des femmes mais le plus souvent de l'association à l'hémorragie d'une dystocie qui augmentait la complexité du problème.

Les 11 cas ainsi opérés se dénombrent de la façon suivante :

— 4 hystérectomies, XV^e Obs. n° 441 ; XVIII^e Obs. n° 308 ; XXIII^e Obs. n° 1863 ; XXVI^e Obs. n° 1717.

— 4 césariennes basses, VI^e Obs. n° 1105 ; X^e Obs. n° 74 ; VII^e Obs. n° 2.097 ; XI^e Obs. n° 819.

— 3 césariennes hautes, II^e Obs. n° 871 ; III^e Obs. n° 163 ; IV^e Obs. 716.

Les résultats de ces 11 opérations furent excellents puisqu'il n'y eut aucun décès, le résultat est à rapprocher de ceux qu'obtenaient KRONIG et

SELLHEIM ; ainsi que nous l'avons vu ces auteurs n'opéraient que sous cette condition de bon état général. L'excellence de leurs résultats ne leur est ainsi pas particulière ; mais le point où la doctrine change c'est que, à l'opposé des Allemands, nos opérations n'ont pas toujours été pratiquées dans des conditions aussi favorables : il s'en faut de beaucoup ainsi qu'on va le voir.

B Etat d'anémie grave

Sur les 30 interventions, il y en a eu 11 qui ont été commandées par l'état d'anémie grave : dans ce cas l'anémie constituait l'indication opératoire unique et suffisante. Les 11 interventions faites dans cet état se décomposent de la façon suivante :

— 6 hystérectomies (XVII^e Obs. n^o 1689 ; XIX^e Obs. n^o 1951 ; XX^e Obs. n^o 410 ; XXI^e Obs. n^o 204 ; XXIII^e Obs. n^o 2263 ; XXVII^e Obs. n^o 106). (Nous mettons à part l'hystérectomie faite après délivrance).

— 3 césariennes basses (VIII^e Obs. n^o 1698 ; IX^e Obs. n^o 847 ; XIV^e Obs. n^o 2433).

— 1 césarienne corporéale (V^e Obs. 2571).

— 1 césarienne avec extériorisation (I^{re} Obs. n^o 2017).

Les 11 opérations ont entraîné deux décès qui furent l'un et l'autre consécutifs à des opérations conservatrices :

— 1 fois après césarienne corporéale (Obs. 2571 — Mort par septicémie).

— 1 fois après césarienne basse (Obs. 847 — Mort par état de choc immédiatement après l'intervention).

Ainsi sur les 5 opérations conservatrices faites chez des femmes en état d'anémie aigüe, il y eut deux morts. En face de ce gros risque il faut reconnaître que les 6 femmes traitées dans les mêmes conditions chez lesquelles on recourut à l'hémostase absolue par hystérectomie guérissent toutes sans exception de la façon la plus simple et la plus rapide. Les décès occasionnés par les opérations conservatrices ne sont pas tous imputables à une reprise d'hémorragie mais à l'état de *shock* et à la septicémie.

Aussi semble-t-il que dans ces conditions l'hystérectomie est l'opération qui assure non seulement une hémostase complète mais encore les suites opératoires les moins dangereuses.

C Etat d'infection avec anémie

Sur les 30 interventions pour hémorragies par insertion vicieuse du placenta il y en eut 7 qui ont faites sur des femmes fébriles et infectées.

Ces opérations exécutées dans des conditions de gravité exceptionnelles comptent une grande proportion d'Hystérectomies = 5 (XV^e Obs. n° 1445 ; XXIV^e Obs. n° 2276 ; XXV^e Obs. n° 861 ; XXVIII^e Obs. n° 1649 ; XXIX^e Obs. n° 1723) ; et 2 césariennes basses (XII^e Obs. n° 1237 ; XIII^e Obs. n° 1288).

Sur ces 7 opérations, il y a eu un décès consécutif à une opération conservatrice et attribuable à la septicémie. Ainsi, dans ces cas particulièrement redoutables du fait que la perte de sang, si modérée soit-elle, rend les femmes plus sensibles encore à l'infection, l'hystérectomie a permis d'obtenir de bons résultats.

La lecture du tableau suivant rend compte de l'importance de l'infection et de l'anémie dans l'indication opératoire du placenta praevia.

Bon état général

11 cas. — Hystérectomies	4 Cas	0 Décès
Césariennes basses . .	4 Cas	0 Décès
Césariennes hautes . .	3 Cas	0 Décès

Etat sérieux, anémie importante

11 cas. — Hystérectomies	6 Cas	0 Décès
Césariennes basses . .	3 Cas	1 Décès choc.
Césariennes hautes . .	1 Cas	1 Décès septicémie.
Césariennes avec exté- riorisation	1 Cas	0 Décès

Etat grave, anémie et fièvre

7 cas. — Hystérectomies	5 Cas	0 Décès
Césariennes basses . .	2 Cas	2 Décès septicémie.

Nous ajoutons enfin, que dans 6 cas sur 30, la décision opératoire a été prise *secondairement*, après échec d'un traitement obstétrical.

Les manœuvres obstétricales ayant échoué avaient consisté dans 4 cas en la rupture large des membranes : ces 4 cas se terminèrent, 2 fois par hystérectomies (XIX^e Obs. n° 1951 ; XXVI^e Obs. n° 1717), 1 fois par césarienne corporéale (II^e Obs. n° 871), enfin 1 fois par césarienne avec extériorisation (I^e Obs. n° 2017).

Les 2 autres hystérectomies faites après échec d'un traitement obstétrical furent consécutives, l'une à une pose de ballon (XX^e Obs. n° 410) ; l'autre à une hémorragie grave de la délivrance qui survint après évacuation de l'utérus sans lésion traumatique du col (XXX^e Obs. n° 300).

III

La valeur obstétricale de la femme

Il existe en dehors des conditions générales tenant au risque d'hémorragie et d'infection, toute une série de faits purement obstétricaux qui complètent le tableau et sont entrées en ligne de compte dans la détermination opératoire. L'ensemble de ces conditions cliniques permet de fixer ce qu'on peut appeler, suivant l'expression de M. COUVELAIRE, la « *valeur obstétricale de la femme* ».

Dans le lot des 30 opérations chirurgicales il y a eu 13 interventions qui ont été dictées en raison de faits de cette nature : c'est-à-dire, moins par la gravité immédiate de l'hémorragie que par la notion de l'incertitude d'un travail régulier et rapide. Cette incertitude peut naître, soit d'une cause mécanique, soit d'une cause fonctionnelle de dystocie. Nous allons voir dans quelle mesure ces 2 facteurs doivent être envisagés en même temps que les circonstances cliniques tenant aux antécédents obstétricaux.

A Les difficultés mécaniques. — Les difficultés mécaniques venant s'ajouter au tableau des hémorragies sont essentiellement représentées par les présentations anormales et le rétrécissement pelvien.

Les présentations anormales ont été associées avec les hémorragies dans une assez large proportion : 6 cas sur 30 opérations. Cette fréquence n'est pas pour étonner ; l'existence d'une insertion vicieuse du placenta entraînant souvent une présentation oblique ou même transversale.

Ce fait est bien connu ; il a été étudié par tous les auteurs ; en particulier dans les statistiques allemandes, nous trouvons des chiffres donnant une

idée de cette fréquence : MULLER, sur 1.148 cas d'insertions vicieuses a trouvé 272 présentations obliques soit une proportion de 24 % au lieu des 0,78 % que représentent pour lui la fréquence générale de ces présentations.

PANKOV dans son article du traité de HALBAN et SEITZ donne une proportion également élevée : 14 % de sièges et 19 % de présentations obliques et transversales.

Nos observations sont en nombre insuffisant pour calculer une proportion ayant une valeur pratique. Néanmoins, nous pouvons remarquer qu'il existe un nombre important de cas où la présentation oblique ou transversale constituant une dystocie s'ajoutant au syndrome hémorragique. Ces cas de dystocie complète sont les suivants :

— 2 présentations transversales (IV^e Obs. n° 716 ; XI^e Obs. n° 819).

— 4 présentations obliques (V^e Obs. n° 1105 ; X^e Obs. n° 74 ; XXVII^e Obs. N° 106 ; III^e Obs. 163).

Les viciations pelviennes. — Quand l'hémorragie survient chez une femme à bassin rétréci l'indication opératoire est absolue. Non seulement en raison du rétrécissement pelvien ou de l'hémorragie, mais aussi parce que la présence du placenta près du col exagère la dystocie et augmente considérablement les chances d'infection d'une épreuve du travail à résultat très hypothétique.

Une éventualité pareille a été réalisée à trois reprises : chaque fois la solution chirurgicale intervint heureusement.

B Les difficultés dynamiques. — Nous rangeons sous le nom de difficultés dynamiques les éléments tenant à la mauvaise qualité du col ou du corps utérin ; elles ont constitué dans 7 cas un facteur supplémentaire d'intervention. Cette mauvaise qualité fonctionnelle tenait soit à l'état du corps, soit à l'état du col.

a) *La mauvaise qualité obstétricale du corps* n'a joué un rôle que dans trois cas :

— 1 fois il s'agissait d'une malformation utérine par utérus cordiforme conditionnant une présentation transversale (XI^e Obs. n° 819), 2 fois, c'était une fibromatose (VI^e Obs. n° 1105) qui diminuait la valeur fonctionnelle du muscle.

b) *L'état du col* a une importance capitale puisque tout le succès de la thérapeutique obstétricale est lié à la possibilité d'une bonne dilatation progressant sans difficulté. Il en résulte que chaque fois que des hémorragies se produisent chez des femmes dont le col ne peut pas facilement se dilater pour une cause ou pour une autre il faut intervenir chirurgicalement.

Habituellement la cause de la dystocie cervicale est pathologique tenant soit à une induration par fibrome cervical, soit à une sclérose d'origine cicatricielle, ou inflammatoire. Nous avons relevé dans les opérations de Baudelocque un cas de fibrome cervical ; un cas de sclérose d'origine métritique, et trois autres d'origine cicatricielle chez des multipares dont les accouchements antérieurs avaient créé de profondes déchirures cervicales. Ce dernier point doit être tout spécialement retenu en raison de sa fréquence appuyée par nombre d'observations : (RISCHKE - ERNST - DELAGE, etc.).

C Les antécédents obstétricaux. — En ce qui concerne la *parité*, parmi les 30 femmes opérées, 26 étaient des multipares ; 4 seulement étaient primipares.

femmes opérées, 26 étaient des multipares ; 4 seulement étaient primipares.

Sur les 26 femmes multipares, 17 d'entre elles avaient eu au moins trois grossesses ; (4 - 3^o pares ; 1 - 4^o pare ; 3 - 5^o pares ; 3 - 7^o pares ; 1 - 8^o pare ; 1 - 9^o pare ; 1 - 11^o pare).

En ce qui concerne l'*âge* des opérées, 24 d'entre elles avaient plus de 30 ans.

Enfin, pour ce qui est des *enfants vivants*, sur les 30 femmes opérées, 24 d'entre elles avaient au moins un enfant vivant.

Tous les faits d'ordre obstétrical que nous venons d'exposer s'associent à l'hémorragie pour donner à chaque cas une physionomie particulière. Il n'y a relativement à ces faits aucune règle précise : c'est une affaire de sens clinique et de précision dans l'examen.

Ainsi dans une observation (XVIII^e Obs. n^o 308) la décision opératoire a été prise parce que la femme avait présenté, après ses deux accouchements d'importantes hémorragies de la délivrance ; au cours de l'accouchement nous intéressant, une hémorragie survenue au début du travail amena les observateurs à être prudents et à intervenir de peur qu'une nouvelle hémorragie du travail ou même de la délivrance rende la situation trop périlleuse.

En conséquence chaque fois que le bilan obstétrical donne l'impression qu'on ne peut compter sur un travail efficace, il faut abandonner le traitement obstétrical basé sur la nécessité d'un fonctionnement physiologique de l'utérus.

C'est ce qu'a exprimé M. le Professeur COUVELAIRE dans sa leçon de 1931 en ces termes : « ...dans ces cas la valeur obstétricale de la femme « paraît trop incertaine pour tenter l'épreuve d'un travail irrégulier avec ses « risques de contracture, aussi l'intervention chirurgicale est-elle à préférer. »

IV

La vitalité des enfants

La vitalité des enfants constitue un facteur important en faveur du traitement chirurgical. Néanmoins, ce facteur n'est pas absolu car on a été amené à opérer :

- d'une part, des femmes porteuses d'enfants prématurés,
- d'autre part des femmes dont les enfants étaient morts dès l'entrée à la clinique.

1° La prématurité. — La prématurité constitue un facteur qui, en principe, constitue une contre-indication chirurgicale. Mais ce facteur est secondaire car la décision opératoire est le plus souvent prise pour sauver avant tout la vie de la mère.

Cette prématurité n'est pas aussi fréquente que l'on pourrait s'y attendre. Sur les 27 femmes traitées chirurgicalement dont les enfants étaient vivants au moment de l'entrée à la clinique, 22 se trouvaient au voisinage du terme.

Ce fait est à rapprocher de l'opinion des auteurs allemands qui considèrent que la prématurité est beaucoup plus à craindre dans les insertions latérales et marginales que dans les insertions centrales ou se rapprochant de l'orifice cervical. PANKOV dans son article de HALBAN et SEITZ donne la proportion de 67 % d'enfants à terme dans les insertions recouvrantes.

La même opinion a été exprimée par DESOUBRY relatant, dans une récente leçon du Jeudi de la Clinique Tarnier, les observations des cas opérés dans trois services parisiens (MM. BRINDEAU, JEANNIN et METZGER) : il n'a trouvé, sur 27 cas opérés, qu'un seul prématuré.

Sur les 30 cas opérés, 22 enfants étaient au jour de l'opération à une période rapprochée du terme et pesaient plus de 2.000 grammes à leur naissance ; il en est mort 3, soit une *mortalité infantile réelle de 13,6 %*.

2° La mort de l'enfant. — La mort de l'enfant ne constitue pas une contre-indication absolue au traitement chirurgical. Dès que la vie de la femme est en danger c'est uniquement le point de vue maternel qui doit être pris en considération.

Dans 10 % des cas opérés (3 cas) l'intervention chirurgicale a été faite, en effet, alors que l'enfant était mort.

— La décision opératoire a été prise 2 fois en raison d'un état d'anémie aigüe (Obs. XVII^e 689 et XX^e 410).

— Dans le troisième cas, c'est le risque d'infection associé à l'anémie qui a entraîné la décision opératoire sur une femme porteuse d'enfant mort.

II

LE CHOIX DE L'INTERVENTION

Dans les 30 opérations chirurgicales des techniques différentes ont été employées :

- Césariennes hautes,
- Césariennes basses,
- Césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus,
- Hystérectomies.

Le choix des techniques utilisées a été commandé par des conditions cliniques basées sur l'état de résistance de la malade et sur ses antécédents.

Mais, dans cette série qui porte sur onze années, le choix fut également influencé par le fait que les techniques chirurgicales en faveur n'ont pas été toujours les mêmes.

C'est ainsi que pendant la période étudiée dans la thèse de Mlle BUC-SAN, allant de 1920 à 1926 les interventions pratiquées avaient été seulement la césarienne, la corporéale et l'hystérectomie. Dans la 2^e période allant de 1927 à 1931 on note les 3 faits suivants qui marquent une évolution dans la doctrine :

1° Les interventions chirurgicales ont été beaucoup plus nombreuses ; leur proportion est passée de 8 % dans la 1^{re} série à 15 % dans la seconde série (1927 à 1931).

2° La technique utilisée n'a pas été la même : alors qu'avant 1927 les césariennes conservatrices avaient toutes été des corporéales ; depuis 1927 on utilisa presque exclusivement la césarienne basse suprasymphisaire.

3° Enfin le nombre des hystérectomies a été de plus en plus important aux dépens des opérations conservatrices de quelque type que ce soit.

Nous allons étudier successivement les césariennes de différents types (hautes, basses, avec extériorisation) et les hystérectomies qui ont été exécutées.

A

Les Opérations conservatrices

Les opérations conservatrices sont au nombre de 14 se décomposant ainsi :

- Césariennes corporéales, 4 avec une mort,

— Césariennes basses, 9 avec deux morts,

— Césarienne avec extériorisation, 1 avec 0 mort.

1° Les césariennes corporéales

La technique. — Les 4 césariennes corporéales furent faites suivant le procédé habituellement utilisé à la Clinique Baudelocque : hystérectomie sur utérus extériorisé de l'abdomen, suture en deux plans au catgut, fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Les femmes opérées étaient toutes relativement âgées, ayant dépassé 34 ans. Une seule d'entre elles était primipare, les autres enceintes pour les 2^e, 4^e et 6^e fois, avaient chacune des enfants vivants. Les deux premières opérations en date avaient été faites à une époque où la césarienne corporéale était la seule pratiquée à la Clinique Baudelocque.

Le risque lié à cette intervention n'est pas négligeable puisque une sur 4 de ces femmes mourut.

La malade dont il s'agit, âgée de 38 ans, mère de 3 enfants vivants (Obs. V^e n° 2571) avait été opérée dans les meilleures conditions, sans température, membranes apparemment non rompues ; elle mourut le 4^e jour par septicémie suraigüe.

Ainsi le risque d'infection n'est pas forcément évité du fait de la fermeture théorique de l'œuf : Nous avons personnellement observé en 1931, une femme atteinte de placenta praevia recouvrant que présenta une ascension thermique en flèche avec frissons et augmentation progressive d'heure en heure de 39 à 40 alors que les membranes n'étaient pas rompues. L'étude de la pièce extirpée confirma la fermeture du pôle inférieur de l'œuf : sans doute dans ces cas, l'état fébrile est-il en rapport avec l'infection de la zone placentaire qui se trouve au voisinage immédiat du col. (Obs. XXIX^e n° 1723.)

On conçoit dans ces conditions que la césarienne corporéale même pratiquée sur un utérus dont l'œuf est fermée ne garantit pas contre l'infection d'une façon absolue. D'autre part, les circonstances cliniques dans lesquelles furent opérées ces 4 femmes (3 avaient plus de 38 ans et chacune était mère d'un enfant vivant) furent telles qu'en l'état actuel des choses, c'est plutôt à l'hystérectomie qu'on donnerait actuellement la préférence pour des cas identiques.

2° Césarienne avec extériorisation

La seule opération césarienne avec extériorisation (I^{re} Obs. n° 2017) qui fut pratiquée a été suivie de guérison. L'extériorisation avait été faite parce que la décision opératoire n'avait pu être prise qu'avec un certain retard. Il s'agissait d'une primipare de 21 ans qui, au début de son travail, avait fait une hémorragie abondante. A ce moment on constata l'insertion basse marginale du placenta. Si la césarienne avait été pratiquée à cette période, la réintégration de l'utérus eut été possible. En raison de la situation du placenta et de l'accessibilité des membranes on fit la rupture artificielle des membranes qui arrêta en partie l'hémorragie ; mais au bout de 24 heures la dilatation n'avait pas dépassé 2 francs, et l'utérus était en état de contracture.

L'opération réalisée à ce moment était la plus favorable pour l'avenir de la malade, car si l'on n'avait pas adopté cette technique, c'est à l'hystérectomie qu'on aurait dû recourir. Cette observation comporte donc un double intérêt ; d'une part, en raison du succès entraîné par l'utilisation du procédé de PORTES ; d'autre part, elle montre que dans les cas où la situation du placenta est imprécise et la dilatation traînante, la décision opératoire doit intervenir avant que l'infection ovulaire ne compromette à la fois la vie de la mère et celle de l'enfant.

3° Les césariennes basses

Les césariennes basses sont au nombre de 9.

La première césarienne basse pour placenta praevia fut exécutée à la Clinique Baudelocque en 1926. Il y en eut au total 9 jusqu'en 1931 : cette progression se fit au détriment des césariennes corporéales. La technique utilisée n'a rien de spécial. Dans aucun des cas les opérateurs n'ont fait mention dans leur compte rendu de difficultés techniques spéciales. En particulier, il n'est pas noté d'hémorragies abondantes ; or toutes les interventions ont été faites sous anesthésie générale qui entraîne plus d'hémorragie de la tranche et de la surface utérine que la rachi-anesthésie.

Une fois seulement on trouve, dans les comptes rendus opératoires, l'existence d'une hémorragie assez abondante au moment de la délivrance (X^e Obs. n° 74) ; dans les 8 autres cas on n'eut aucune inquiétude de l'hémorragie qui se produisit au cours de l'opération.

En ce qui concerne la zone d'insertion placentaire nous avons noté un incident qui ne peut pas être mis au passif de la méthode : (XXII^e Obs.

1863) il s'agit d'une adhérence anormale du placenta au tissu musculaire de l'utérus chez une 5^e pare dont la muqueuse utérine présentait des altérations pathologiques expliquant cette anomalie. L'opération fut terminée par une hystérectomie : le seul échec de la technique n'est donc pas dû à la modalité de la césarienne basse et il ne prouve rien contre la valeur de cette opération en cas d'hémorragie par I. V. P.

Les femmes opérées. — Sur les 9 femmes opérées par césarienne basse, 6 avaient plus de 30 ans ; 4 d'entre elles se trouvaient en bon état général, les interventions ayant été indiquées par une dystocie complexe (VI^e Obs. 1105 ; VII^e Obs. 2097 ; X^e Obs. 74 ; XI^e Obs. 819).

Dans les 5 autres cas l'état général était grave en raison, 3 fois, d'un état d'anémie aiguë (VIII^e Obs. 1698 ; IX^e Obs. 847 ; XIV^e Obs. 2433) et 2 fois, de l'infection associée à l'anémie (XII^e Obs. 1237 ; XIII^e Obs. 1288).

Les résultats ne sont pas très supérieurs à ceux des césariennes hautes puisque sur les 9 césariennes basses on compte 2 morts. Ces 2 décès sont survenus dans les circonstances suivantes : 1 femme opérée dans de bonnes conditions mourut par shock (IX^e 847) au cours de la transfusion post-opératoire.

L'autre mourut par septicémie (XII^e Obs. n^o 1237) : Il s'agissait d'une femme opérée en état d'infection et d'anémie combinées : la mort survint par septicémie le 5^e jour.

Ainsi l'opération césarienne basse ne met pas à l'abri du double risque que nous redoutons : l'hémorragie et l'infection.

1^o Vis-à-vis de l'hémorragie et en particulier de la reprise de l'hémorragie après évacuation de l'utérus, la césarienne basse ne met pas plus à l'abri que ne le fait une intervention obstétricale. Dans ces conditions il est prudent de limiter l'emploi de la césarienne basse aux cas où l'anémie n'a pas atteint un degré tel qu'on ait à redouter une échéance fatale s'il se produisait la moindre reprise de l'hémorragie après l'intervention.

2^o Vis-à-vis du risque d'infection, la césarienne basse n'offre également pas de garantie absolue. Elle constitue déjà une amélioration si on la compare à la césarienne corporéale ; néanmoins, le risque d'infection péritonéale persiste. Ce risque est très difficile à apprécier en dehors des cas où on a la certitude d'une ouverture, déjà lointaine, de l'œuf ou la notion d'une fièvre progressive montant d'heure en heure. Dans les autres cas : c'est en prenant

en considération toutes les causes possibles d'infection (heure de l'ouverture des membranes, infection cervicale antérieure, touchers répétés, etc.) qu'on jugera s'il n'est pas imprudent de faire une césarienne basse plutôt qu'une hystérectomie ou une opération de PORTES.

En définitive que faut-il penser des résultats obtenus par les opérations conservatrices ?

Ils ne sont pas spécialement brillants : sur les 14 césariennes il y eut 3 décès, soit une *mortalité maternelle considérable de 20 %*.

Ce chiffre est important : il dépasse même celui de la mortalité entraînée par l'emploi des méthodes purement obstétricales dans les cas graves (12 %). Dans cette mortalité il faut faire intervenir la part inhérente à la césarienne elle-même en dehors de tout élément de gravité tenant à l'hémorragie. Cette mortalité est généralement évaluée aux environs de 4 % par les auteurs français ; et ce chiffre s'entend pour les césariennes faites dans les meilleures conditions (rétrécissements du bassin chez des femmes non infectées, ni anémiées). Dans ces conditions toutes les fois qu'une opération se trouvera indiquée chez une femme en état d'anémie, et suspecte d'infection, la césarienne conservatrice même dans sa variété basse ne constitue pas la solution de sécurité.

B

Les Hystérectomies

Il y eut 16 hystérectomies, soit plus de la moitié du total des opérations ; elles sont très différentes suivant le moment où furent prises les décisions opératoires et suivant les conditions générales et locales dont furent tirées les indications.

1° Le moment de l'intervention. — Les interventions furent indiquées et exécutées, soit pendant la gestation, soit pendant le travail, et même après évacuation de l'utérus.

a) *Pendant la gestation* on fit 3 hystérectomies qui furent indiquées par la gravité de l'état général (Obs. XVII, 1689 ; XXI, 1204 ; XXV. 861).

b) *Pendant le travail.* — Sur les douze opérations faites pendant le travail la plupart d'entre elles furent exécutées tout à fait au début ; ce sont

les huit cas suivants (XV^e, XVI^e, XX^e, XXII^e, XXIII^e, XXIV^e, XXVI^e, XXIX^e). Quant aux quatre dernières elles furent faites peu après le début : soit dans la première partie du travail, avant dilatation de 5 francs (2 fois à dilatation de 2 francs : XXVIII^e et XVIII^e), 1 fois à dilatation de 2 francs (XIX^e), et une fois seulement à dilatation de 5 francs (XXVII^e)

c) La dernière opération fut faite *après la délivrance* pour une reprise d'hémorragie (Obs. XXX).

La décision opératoire fut le plus souvent prise d'urgence et d'emblée sans manœuvres préalables : soit 12 fois. Dans 4 cas seulement l'hystérectomie fut décidée secondairement en raison de l'échec des traitements antérieurs : 1 fois, après introduction de ballon (XXI^e Obs., n° 410) ; 2 fois après rupture artificielle des membranes XIX^e Obs., n° 1951, XXVI^e Obs., n° 1717) ; 1 fois, après constatation de l'impossibilité de faire une hystérotomie conservatrice du fait de l'adhérence du placenta (XXII^e Obs., n° 1863).

2° **L'état général** était le plus souvent grave, soit en raison de l'anémie (7 cas), soit du fait de l'association d'infection et d'anémie (5 cas).

3° **Les antécédents** des femmes opérées sont entrés largement en ligne de compte dans l'indication des hystérectomies : Sur les 16 femmes hystérectomisées, on en trouve, en effet, 15 qui étaient multipares (dont 12 ayant eu 4 grossesses ou plus). D'autre part, toutes, sauf une étaient mères d'au moins un enfant vivant ; et toutes, sauf deux, avaient dépassé l'âge de 30 ans.

4° **La vitalité des enfants** a été une considération de moins de poids que la gravité dans l'état des mères. De fait, on opéra 7 femmes chez lesquelles on avait le plus gros doute sur la vitalité de leurs enfants. Chez 2 d'entre elles les bruits du cœur n'avaient pas été perçus, et 5 fois, les enfants vivants au moment de la décision étaient d'une prématurité telle qu'on ne pouvait espérer les conserver vivants.

5° **La technique utilisée** s'inspira de deux principes :

1° Une protection soigneuse contre l'infection,

2° La rapidité de l'intervention.

La technique utilisée fut l'hystérectomie sub-totale classique. Dans aucun cas on ne jugea la situation compromise, au point d'utiliser, au lieu

de l'hystérectomie, le procédé plus rapide de PORRO. Mais, bien que cette opération soit actuellement peu pratiquée, nous considérons cependant qu'elle garde sa place car, dans certains cas d'urgence extrême, elle permet d'assurer l'hémostase avec plus de rapidité et moins de choc que l'hystérectomie. Certes, elle est techniquement beaucoup moins élégante et donne lieu à des suites opératoires pénibles pour la malade, par l'odeur nauséabonde du suintement et la longueur de la fistulation. Malgré cela, le procédé de PORRO est à retenir dans les cas où l'état d'anémie de la femme est tel, que chaque minute perdue aggrave la situation et que son état ne lui permet pas de faire les frais d'une opération longue et soigneuse.

Contre le risque d'infection, les précautions ont été les suivantes : une protection soigneuse du champ opératoire, et, suivant les cas, l'hystérectomie en vase clos et le drainage.

La protection du champ opératoire est essentielle : Dans les cas où l'infection est à craindre si peu que ce soit, il n'y a pas de précautions de cet ordre qui soient inutiles. C'est ainsi que nous avons pu observer les excellents résultats obtenus par le Dr. DIGONNET qui procédait en multipliant les mesures de protection de la façon suivante :

1° Les champs abdominaux de protection étaient disposés autour de l'utérus extériorisé en deux couches, de telle façon qu'après l'extraction de l'enfant, l'ablation des champs superficiels, seuls souillés, faisait apparaître les autres champs propres recouvrant encore la zone opératoire et protégeant la cavité péritonéale ;

2° Contre le risque d'infection par issue du liquide aminotique dans la cavité péritonéale on procédait de la façon suivante. Dès que l'enfant avait été extrait, on plaçait un champ dans la cavité utérine où le placenta était laissé en place, puis on fermait hermétiquement la tranche d'hystérotomie par une série de six pinces de Museux, disposées de haut en bas et très rapprochées les unes des autres. Enfin, le col était sectionné entre deux séries de clamps disposés parallèlement, de façon à exclure du champ opératoire, à la fois la cavité utérine vers le haut et la cavité vaginale en bas.

Les hystérectomies en vase clos réduisent encore le risque d'infection : elles ont été exécutées, soit quand on avait la certitude de la mort de l'enfant (4 observations), soit alors même que l'enfant était vivant, quand l'infection utérine était très redoutable. Deux hystérectomies en vase clos furent

ainsi exécutées sur enfant vivant : dans un cas la prématurité était telle qu'on pouvait considérer l'enfant comme non viable ; dans l'autre cas la femme était près du terme, mais son état général et le risque d'infection paraissaient tels, que malgré la vitalité de l'enfant, on eut recours à l'hystérectomie en vase clos ; l'ouverture rapide de la pièce permit d'extraire un enfant vivant de 1.560 gr., qui se développa régulièrement et pesait 2.600 gr. le 55^e jour à sa sortie de la clinique.

Le drainage, enfin, a été jugé utile dans quatre cas et fut réalisé par un tamponnement à la MIKULICZ.

6° Les résultats. — Les résultats des hystérectomies ont été excellents pour les mères : 16 guérisons sur 16 cas.

Les complications post-opératoires se réduisent à 2 cas : une phlébite légère qui n'entraîna qu'une immobilisation d'une durée de dix jours ; une désunion de la paroi au 12^e jour.

III

RESULTATS GENERAUX DES CAS TRAITES PAR LA CHIRURGIE

Si l'on considère l'ensemble des résultats obtenus par la chirurgie on voit que pour les mères, les résultats ne sont pas très différents de ceux dus à l'emploi des méthodes obstétricales complémentaires de la rupture des membranes, versions et ballons. Dans notre série d'observations les deux méthodes s'étaient adressées à des cas de gravité analogue : alors que la mortalité maternelle était, dans les cas traités par les anciennes méthodes, de 12 % ; celle des femmes traitées chirurgicalement est de 10 % (3 sur 30).

Mais encore il faut distinguer suivant les techniques qui furent utilisées : opérations conservatrices césariennes, ou hystérectomies.

Pour les opérations conservatrices la mortalité maternelle a été considérablement plus importante que pour les hystérectomies. En partant de ce fait il ne faudrait cependant pas tirer des conclusions exagérées et étendre d'une façon outrancière les indications d'un traitement mutilateur. Les césariennes conservatrices ont, en effet, des indications bien précises ; mais encore faut-il rester dans leurs limites. L'analyse des morts survenues après césarienne, est, en effet, très riche d'enseignement. Comme on peut le voir dans le chapitre suivant, ces morts sont survenues dans des conditions telles qu'il est permis de penser que peut-être elles auraient été évitées si les interventions avaient consisté en des hystérectomies.

Sans faire de généralité excessive, il semble qu'il y a eu intérêt à se résoudre à une mutilation chaque fois que :

1° L'anémie était alarmante au point qu'il fallait éviter d'une façon absolue tout risque de suintement hémorragique ou d'hémorragie après évacuation ;

2° Lorsqu'un début d'infection faisait concevoir des doutes sur la garantie présentée par la césarienne conservatrice ;

3° Enfin, chaque fois qu'une hémorragie grave survint chez une femme dont les antécédents obstétricaux étaient tels qu'ils rendaient la mutilation moins pénible (multiparité - âge - nombre d'enfants vivants).

RÉSULTATS DES INTERVENTIONS

		Nombre de cas opérés	MÈRES			ENFANTS			
			Total des Morts	Morta- lité	Morbi- dité	Total des Morts	Enfants de + de 2.000 gr. vivants à leur arrivée		
							Nombre des enfants	Nombre des morts	Morta- lité
A	OPÉRATIONS CONSERVATRICES								
	Césariennes Corporéales	4	1	25 %	3 = 75 %	0	4	0	0 %
	Césarienne avec extériorisation	1	0	0 %	1	1			
	Césariennes Basses	9	2	22,2 %	2 = 22 %	2	8	1	12,5 %
	Résultats globaux des opérations conservatrices	14	3	21,1 %	6 = 42 %	3	12	1	8 %
B	HYSTÉRECTOMIES								
	Hystérectomies	16	0	0	2 = 12 %	5	6	1	10 %
TOTAL	Total des cas opérés	30	3	10 %	8 = 26 %	6	9	22	3 13 %

En ce qui concerne les enfants, les gains escomptés se sont réalisés d'une façon manifeste et la diminution du taux de la mortalité est considérable, quand on la compare à celle que l'on aurait eu à déplorer dans les mêmes cas s'ils avaient été traités par des méthodes obstétricales.

Pour terminer, nous insisterons sur deux moyens qui ont permis à des femmes très anémiées de supporter l'intervention dans de meilleures conditions : ce sont la compression de l'aorte et la transfusion du sang.

La compression de l'aorte a été utilisée avec succès dans deux cas où l'hémorragie était d'une abondance qui paraissait foudroyante. Elle fut maintenue dans un cas pendant 10 minutes, dans l'autre pendant 20 minutes (Obs. XXX^e, n° 300), et permit de faire les interventions sans que les femmes aient perdu une quantité de sang trop abondante.

Ce procédé constitue, évidemment, un pis-aller, mais il est à retenir, ainsi que le recommandent certains auteurs qui l'ont aussi utilisé avec succès (DEVRAIGNE, GUÉNIOT).

La transfusion du sang permet de relever, du moins momentanément, l'état général des femmes anémiées, Elle a été utilisée dans deux circonstances : soit avant, soit après les opérations.

1° *Avant l'opération* la transfusion a été pratiquée 8 fois : 5 fois chez des femmes uniquement anémiées ; 3 fois chez des femmes anémiées et infectées. Les quantités de sang pur injectées ont varié de 150 à 800 gr.

Pour ces 8 cas transfusés préopératoirement, il y eut 2 décès : 1 survenu avant terminaison de l'accouchement ; 1 mort pendant les suites de couches par infection ;

2° *La transfusion post-opératoire* a été faite 7 fois.

Dans cette série il n'y eut qu'un décès qui est particulièrement troublant puisque la malade mourut au cours de l'injection des premiers centimètres cubes de sang (4 à 5 cm³). Peut-être y a-t-il eu dans ce cas malheureux une erreur de technique que nous n'avons pas pu retrouver.

Toutes les autres fois l'effet de la transfusion fut très favorable, et très rapide.

Ainsi les transfusions peuvent améliorer la situation et réduire le risque opératoire dans deux circonstances : avant ou après l'intervention .

Pratiquées avant l'intervention, les transfusions permettent de faire supporter l'opération à des femmes choquées par une abondante hémorragie du travail, ou anémiées par des pertes de sang qui s'étaient répétées pendant

la gestation. Les transfusions pré-opératoires donnent une amélioration immédiate de l'état général ; cette amélioration n'est que momentanée en raison de la persistance de l'hémorragie : il faut savoir mettre à profit le moment favorable en opérant immédiatement après la transfusion.

Les transfusions faites après ou au cours des interventions aident également à éviter un double danger : celui qui est lié au choc opératoire et celui résultant des reprises d'hémorragies après les opérations conservatrices.

Nous avons vu que ce danger existe et il n'est pas proportionnel à l'abondance de l'hémorragie. Ainsi que l'a montré M. LÉVY-SOLAL il suffit d'un léger suintement hémorragique pour amener la mort chez une femme déjà anémiée par de grosses pertes de sang antérieures et choquée par une opération. Contre ce risque la transfusion est un moyen précieux.

L'organisation actuelle des centres d'urgence de transfusion et celle de tous les services parisiens d'obstétrique permet d'obtenir, dans le minimum de temps, des donneurs de sang dont le groupe et la qualité sont contrôlés. Il est du reste remarquable que depuis l'extension de la pratique des transfusions le nombre des décès entraînés par l'anémie a été réduit dans de très fortes proportions. La seule mort, non attribuable à l'infection, survenue depuis l'année 1926 a été entraînée par un choc subit peut-être en rapport, ainsi que nous l'avons vu, avec une erreur technique. Sans doute la pratique de transfusions, dans tous les cas où elles étaient légitimes, a joué un rôle dans cette amélioration.

V

ETUDE DE LA MORTALITE

ETUDE DE LA MORTALITE

L'étude critique de chacun des cas de morts survenues, permet en reconnaissant la cause exacte des décès, d'entrevoir si on aurait pu changer l'évolution en utilisant un procédé différent de celui qui avait été employé.

A

La Mortalité Maternelle

La mortalité totale est de 8 cas qui se répartissent de la façon suivante :

- 1 mort après simple rupture des membranes,
- 4 morts après versions ou ballons,
- 3 morts après interventions chirurgicales.

1° Mort après rupture des membranes.

Ce décès est le seul qui soit survenu dans la série de 84 cas traités par simple rupture des membranes (obs. 1658 - 1926). Au moment de son entrée dans le service la femme se trouvait dans un état d'anémie presque agonique : La rupture artificielle des membranes faite à dilatation dépassant petite paume était le traitement seul indiqué en raison de l'état du col et des membranes ; il assura, du reste, l'arrêt de l'hémorragie du travail et un accouchement très rapide.

La femme succomba après la délivrance à une reprise d'hémorragie de faible abondance. Ce décès n'aurait pas été évité si l'on avait employé un autre traitement : car la femme n'aurait pas pu faire les frais d'une intervention même minime (obstétricale ou chirurgicale) — Il faut enfin ajouter que l'état d'anémie se trouvait préalablement aggravé par le fait que la parturiente était porteuse d'une tuberculose avancée et d'une cardiopathie avec myocardite, ce qui peut faire considérer que la partie était perdue à l'avance.

2° Morts après Ballons et Versions.

Les 4 décès survenus dans la série des 27 cas traités sont attribuables un seulement à l'infection, trois à l'anémie.

a) *La mort par infection* (obs. 2377 - 1927) est survenue chez une femme traitée par la méthode des *Ballons*.

L'indication en avait été posée en raison de la mort de l'enfant in utero. Il s'agissait d'une femme ayant un passé obstétrical chargé (10^e pare, mère de 9 enfants vivants, âgée de 37 ans). L'introduction d'un premier ballon avait été difficile et hémorragique en raison de la situation du placenta partiellement recouvrant ; une fois en place il arrêta l'hémorragie mais n'amena pas l'apparition de contractions ni une progression dans la dilatation. On fut ainsi amené à mettre en place un 2^e ballon alors que la température était apparue à la suite d'un frisson. L'accouchement de l'enfant mort et la délivrance se produisirent sans autres incidents hémorragiques, mais l'infection installée depuis le moment où avait été placé le deuxième ballon évolua très rapidement puisque la femme succomba le 5^e jour à une septicémie rapide.

La critique de cette observation permet de penser qu'un traitement chirurgical eut sans doute évité la mort : ou aurait pu en trouver l'indication à deux moments : d'une part, au début du travail ou malgré la mort de l'enfant in utero l'intérêt de la mère était à considérer au premier chef : sa multiparité aurait dû faire adopter la solution de sécurité c'est-à-dire l'hystérectomie que rendaient très légitime l'âge et le grand nombre d'enfants vivants de cette femme. Plus tard après la pose du premier ballon et l'apparition d'un frisson à un moment où la dilatation était insuffisante pour faire une extraction obstétricale immédiate l'hystérectomie aurait pu encore trouver sa place. Il est permis de penser qu'elle aurait été favorable : dans des cas similaires où elle fut suivie de drainage à la Mickulicz on obtint des succès malgré que l'infection ait été installée aussi manifestement que dans ce cas malheureux. Nous pouvons ainsi retenir de cette observation deux faits :

La mort de l'enfant in utero ne constitue pas d'une façon absolue une contre-indication au traitement chirurgical lorsqu'il y a intérêt à le faire pour la mère ;

Le passé obstétrical (âge, parité, nombre d'enfants vivants) constitue un élément qui doit être considéré au premier plan et faire pencher le choix vers les solutions de sécurité.

b) *Les morts par anémie.* Le nombre des décès survenus par anémie après emploi des versions et ballons est relativement considérable (3). —

1^o Dans un cas la mort survint avant la terminaison de l'accouchement (obs. 1423 - 1924). La femme tuberculeuse était arrivée à la Clinique dans un état d'anémie suraigüe et de choc grave. L'âge et les antécédents obstétricaux de la parturiente, (10^e pare de 40 ans, mère de 6 enfants

vivants) auraient pu constituer une indication d'hémostase rapide par hystérectomie. La variété recouvrante de l'insertion augmentait encore la difficulté : on fut obligé de perforer le placenta pour placer un ballon.

2° Les deux autres décès sont survenus chez des femmes qu'on aurait pu traiter autrement que par manœuvres obstétricales (obs. 1610 - 1922 et obs. 2326 - 1926). Ces deux cas offrent des analogies troublantes : dans les deux cas la mort a été entraînée par une reprise de l'hémorragie pendant et après la délivrance et dans les deux cas les parturientes étaient des multipares (VI° et VII° pares) âgées de plus de 28 ans (28 et 35 ans). Malgré que le décès de ces femmes ne soit survenu qu'après évacuation de leur utérus, elles se trouvaient l'une et l'autre dans un état d'anémie qui inspirait déjà de l'inquiétude au moment où l'on commença les manœuvres obstétricales. Dans les deux cas, la mort survint très rapidement après la délivrance de telle façon qu'une hystérectomie hémostatique faite alors eut été sans effet et n'aurait pu être supportée. Par contre, on peut se demander si l'adoption du traitement chirurgical, complété par des transfusions de sang préopératoires n'aurait pas permis d'éviter la mort de ces deux multipares. Dans ces cas où les femmes arrivent dans un état d'anémie dangereux et où les conditions anatomiques sont telles qu'il est impossible de terminer rapidement l'accouchement sans manœuvres obstétricales longues et compliquées les interventions chirurgicales peuvent être très avantageuses à condition d'être rapides et peu choquantes. A cet égard nous rappelons l'intérêt primordial de la transfusion préopératoire qui augmente la résistance au choc et celui de l'emploi d'une technique hémostatique rapide qui peut être précieuse dans ces circonstances : l'opération de Porro.

3° Morts après opérations chirurgicales.

L'étude des 3 décès survenus au cours d'hémorragies traitées chirurgicalement permet d'arriver aux considérations suivantes :

a) Les trois morts se sont produites à la suite d'opérations conservatrices ayant laissé en place l'utérus.

Les 16 hystérectomies faites pendant la même période n'ont entraîné aucun décès. Une telle série a été, il faut le reconnaître, particulièrement heureuse : elle permet cependant de considérer l'hystérectomie comme assurant le maximum de sécurité. Cette déduction est d'autant plus légitime que toutes les

hystérectomies furent réalisées sur des indications réelles et non pas à la légère : dans chacun des cas l'opportunité de l'ablation de l'utérus a fait l'objet d'une discussion tenant compte du danger « *quoad vitam* » de la femme et du désir de l'opérateur de conserver, autant que possible, la fonction de reproduction. Par conséquent les 16 guérisons obtenues par hystérectomies sont celles de femmes que l'on pouvait considérer comme étant en état de danger certain, réserves faites pour celles qui furent opérées en bon état général mais dont les antécédents obstétricaux étaient suffisamment abondants pour légitimer l'emploi délibéré du traitement de sécurité.

b) *Les trois décès survenus se produisirent par conséquent dans la série des quatorze opérations conservatrices.* Ce que nous avons dit plus haut sur les circonstances opératoires des hystérectomies nous amène à conclure que les césariennes avaient été faites dans des conditions de sécurité relative. Or, les résultats ne répondent pas à ce qu'on aurait pu attendre de ces « bons cas » puisqu'il y a trois morts sur quatorze opérées soit 12 % de mortalité.

On peut donc, avant d'analyser les observations, considérer que les césariennes n'assurent pas une sécurité aussi large que les hystérectomies.

c) L'analyse des 3 observations de décès permet de mettre en lumière les faits suivants :

1° Un décès doit être mis à part : c'est celui qui est *dû au choc* (obs. 847 - 1928). La mort est survenue immédiatement après l'opération au cours d'une transfusion de sang qui avait été faite par mesure de précaution et de complément de sécurité. La femme était évidemment choquée par l'opération mais ne se trouvait pas dans une situation alarmante ; son pouls était régulier, bien frappé ; elle ne perdait pas de sang par le vagin. La mort survint brutalement par syncope tout au début de la transfusion, après que 15 cm³ de sang eurent été injectés par la seringue de JUBÉ. Il n'y aurait rien d'étonnant à ce que cet accident soit le résultat d'une erreur de groupement du sang du donneur. Les transfusions étaient réalisées à cette époque comme des improvisations, grâce à des donneurs de bonne volonté trouvés instantanément dont la recherche du groupe était faite extemporanément et à la hâte. L'organisation actuelle de la « Transfusion d'urgence » permet d'éviter ce danger grâce à la sélection faite par elle, dans chaque centre hospitalier, de donneurs dont le sang est contrôlé au préalable, à tête reposée, au double point de vue du groupe et de la qualité.

On est ainsi autorisé à ne pas attribuer cette mort par choc au choix d'une opération césarienne conservatrice.

2° Les deux autres décès sont attribuables à *la septicémie*.

Pour l'un d'entre eux (obs. 1237 - 1930) on peut discuter la légitimité d'une césarienne conservatrice étant donné que cette opération avait été faite sur une femme dont l'œuf était ouvert et la température au-dessus de la normale (38°3). La jeunesse de la malade (II° pare de 23 ans, n'ayant pas d'enfant vivant) avait certainement été prise en considération dans le choix d'une opération conservatrice. La technique utilisée, césarienne basse, était celle parmi les césariennes conservatrices offrant le plus de garantie vis-à-vis de l'infection (hormis la césarienne avec extériorisation). Cependant une infection septicémique se déclara et entraîna en quatre jours la mort de la femme. Dans ce cas, on aurait pu, à la rigueur, prévoir un risque d'infection et faire une opération offrant plus de sécurité.

L'autre observation montre que ce risque peut exister sans qu'on ait pu le prévoir : (obs 2571 - 1929). Il s'agit d'une femme qui fut opérée dès le début du travail, son œuf étant fermé et la température normale. Elle fit une septicémie qui entraîna la mort le 5^e jour. La critique que l'on peut formuler sur cette observation est la suivante : il s'agissait d'une multipare, mère de plusieurs enfants vivants chez laquelle on aurait pu discuter l'opportunité d'une hystérectomie. Mais en ce qui concerne le risque d'infection on pouvait le regarder comme incertain. Les touchers avaient été faits à la clinique et on aurait pu trouver un peu légère l'indication d'une hystérectomie prophylactique vis-à-vis d'un risque d'infection bien hypothétique.

On voit ainsi que le danger d'infection est sérieux et difficile sinon impossible à évaluer exactement. Des erreurs dangereuses peuvent être faites comme dans le cas précédent ; mais à l'inverse si l'on recherchait les risques d'infection les plus minimes on serait sans doute amené à multiplier les hystérectomies au-delà des limites raisonnables.

Le problème est d'autant plus difficile que la septicité n'entraîne pas forcément un risque d'infection après césarienne conservatrice, on peut prendre comme témoin de ce fait l'observation n° 74 - 1930. Il s'agissait d'une femme apyrétique opérée par césarienne basse porteuse d'un caillot organisé au-dessus du col appendu au pôle inférieur de l'œuf. La culture du caillot

faite après l'opération avait montré la présence d'un streptocoque particulièrement virulent puisqu'il avait tué le lapin en 24 heures. Cette femme n'en a pas moins guéri, non sans avoir eu, il est vrai, une désunion de la paroi ; mais elle ne fit aucune complication infectieuse grave, général ou péritutéine, qu'on était en droit de redouter.

Malgré cet exemple favorable, la sagesse est ainsi que le conseille le professeur COUVELAIRE « de se défier des opérations conservatrices, même « de la césarienne basse toutes les fois que les conditions cliniques ne sont « pas parfaites, c'est-à-dire toutes les fois qu'il y a eu une fièvre, même « légère, et que la femme a eu plusieurs hémorragies ayant pu laisser dans « le col des caillots infectés ».

B

La Mortalité Infantile

Comme dans les chapitres précédents nous avons calculé la mortalité infantile en faisant uniquement état des enfants dont la vie avait été constaté à l'entrée à la clinique, éliminant ainsi les enfants morts in utero, au moment de l'arrivée des mères et ceux pesant moins de 2.000 gr. que l'on pouvait considérer comme non viables.

Ainsi évaluée la mortalité foetale est la suivante :

Cas simples : rupture simple des membranes : Mortalité 27 %.

Cas graves : traitement obstétrical et chirurgical réunis: Mortalité 46%.
avec une forte disproportion suivant l'emploi de l'une ou l'autre méthode :

— 75 % de décès avec les méthodes obstétricales,

— 16 % de décès avec les méthodes chirurgicales.

EN RESUME

On peut se rendre compte de l'amélioration obtenue par l'utilisation des méthodes chirurgicales en jetant les yeux sur ce tableau qui compare les mortalités observées pour des cas analogues dans chacune des 2 séries de cas traités d'une part de 1890 à 1910 — l'ère purement obstétricale — d'autre part de 1920 à 1931.

Cas simples :

1890-1910

Mères : 1 décès sur 87 cas = 1,14 %.

Enfants : 19 décès sur 70 cas = 19 %.

1920-1931

Mères : 1 décès sur 83 cas = 1,2 %.

Enfants : 17 décès sur 62 cas = 27 %.

Cas graves :

1890-1910

Mères : 9 décès sur 75 cas = 13,3 %.

Enfants : 39 décès sur 56 cas = 69 %.

1920-1931

Mères : 7 décès sur 57 cas = 10,7 %.

Enfants : 23 décès sur 47 cas = 46 %.

Pour les cas graves, il faut faire la discrimination des résultats acquis par l'obstétrique et de ceux acquis par la chirurgie.

Pour les mères la mortalité est de 10 % par la Chirurgie, au lieu de 12 % par le traitement obstétrical.

Pour les enfants arrivés vivants et de plus de 2.000 gr. la mortalité réelle est de 16 % par la Chirurgie, au lieu de 75 % par le traitement obstétrical.

En définitive, il y a eu un gain de 1910 à 1931, c'est-à-dire depuis le moment où la chirurgie est utilisée à la clinique Baudelocque dans le traitement des hémorragies par I. V. P.

— *Ce gain est net pour les enfants.*

— *et modéré pour les mères.*

Néanmoins, la légère amélioration réalisée pour les mères opérées apparaît comme plus appréciable et plus conséquente si l'on tient compte de deux faits :

1° Les cas opérés ont été choisis délibérément parmi les plus graves ;

2° Le risque de mortalité opératoire resté considérable pour l'ensemble des cas chirurgicaux a été réduit au minimum dans la série de cas traités par hystérectomie.

VI

LES PRINCIPES DU TRAITEMENT DES HEMORRAGIES
PAR INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA
A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE

L'étude des hémorragies traitées à la Clinique Baudelocque de 1920 à 1931 peut être synthétisée de la façon suivante : Les 146 cas se répartissent en deux groupes suivant leur gravité, leur évolution, et le traitement qui est intervenu. Ce sont : *les cas simples et les cas graves.*

Les cas simples. — Nous entendons sous le nom de cas simples les hémorragies qui ont pu être traitées uniquement par la rupture large des membranes. L'étude des observations permet de préciser à leur sujet les points suivants :

Anatomiquement. — Ils sont caractérisés par 2 faits : L'insertion latérale ou latéro-marginale du placenta au voisinage de l'orifice cervical, mais ne le recouvrant pas ; un état de dilatation ou de perméabilité du col rendant accessible le pôle inférieur de l'œuf.

Cliniquement. — Ils se manifestent par des hémorragies plus ou moins répétées et abondantes qui constituent le fait essentiel ; en particulier elles ne sont pas compliquées par une dystocie surajoutée et l'utérus sain peut exercer sa fonction dans des conditions physiologiquement normales.

La fréquence de ces formes est grande : elles forment un groupe de 83 cas sur les 146 hémorragies traitées.

Les résultats obtenus ont été assez satisfaisants pour qu'il n'y ait pas lieu de chercher dans des cas analogues un traitement différent. Le seul décès que compte la série ne peut être porté au passif de la méthode, car il serait survenu après toute autre thérapeutique. A l'inverse, si les 83 cas de cette série avaient été traités chirurgicalement, il y aurait eu à coup sûr un plus grand nombre d'enfants vivants, mais aussi une mortalité maternelle plus élevée.

Les cas graves. — Nous considérons comme cas graves, les 57 hémorragies ayant nécessité l'emploi de méthodes plus compliquées que la simple rupture des membranes (ballons, versions, opérations chirurgicales). (1)

(1) Nous avons mis à part 6 hémorragies traitées à un moment où la dilatation du col permit facilement l'extraction immédiate après version.

Anatomiquement. — Ils sont caractérisés par : l'insertion du placenta au contact de l'orifice cervical qu'elle recouvre plus ou moins complètement ; et l'insuffisance de dilatation du col rendant difficile ou impossible l'accès sur la partie membraneuse du pôle inférieur de l'œuf.

Cliniquement. — Leur gravité résulte de l'importance de l'anémie ou de l'association à l'anémie d'une complication supplémentaire créée soit par l'infection de l'œuf, soit par une dystocie tenant à l'état du bassin à la mauvaise qualité fonctionnelle de l'utérus ou à une présentation anormale du fœtus.

Le traitement des hémorragies graves est difficile et pose pour chaque cas particulier un problème visant à parer au triple risque pesant sur ces malades : l'anémie aiguë, le choc, l'infection.

LE TRAITEMENT DES CAS GRAVES

A. Les méthodes obstétricales. — Leur emploi a donné des résultats maternels qui ont confirmé d'une façon générale les principes énoncés par le Professeur COUVELAIRE en 1912. Elles entraînent un risque d'infection relativement grand et assurent vis-à-vis de l'hémorragie une sécurité relative au moins pendant l'accouchement. Mais les reprises d'hémorragie au cours ou après la délivrance se sont montrées redoutables et ont entraîné une mortalité élevée parce que survenant chez des femmes fatiguées par des accouchements longs et hémorragiques. Pour les enfants : les résultats sont franchement mauvais.

La place à conserver au traitement obstétrical paraît ainsi devoir être réservée aux femmes dont le fœtus est mort ou non viable, pouvant faire les frais d'un accouchement long et hémorragique et dont la valeur obstétricale est satisfaisante pour que l'on soit en droit d'espérer un travail énergique et efficace. Même dans ces conditions, les résultats ne sont pas certains et comportent une insécurité relativement grande. *Aussi, la prudence paraît être de rejeter ces méthodes* : chaque fois qu'un état d'anémie ou d'infection rendent dangereux une prolongation de la durée de l'accouchement ; chaque fois que l'état du col rend difficile la libre pratique des manœuvres obstétricales ; chaque fois enfin que le passé obstétrical de la femme donne le droit d'opter délibérément pour les solutions de sécurité.

B. Les méthodes chirurgicales. — Le traitement chirurgical a été employé dans chaque cas après une discussion thérapeutique qui a tenu compte des faits suivants : Le moment du travail où s'imposait la nécessité d'inter-

venir ; l'état de la femme au moment de son arrivée à la clinique ; la valeur obstétricale de la femme ; La viabilité et la résistance du fœtus.

En considérant le rôle joué par ces différents facteurs dans les décisions prises et les résultats qui ont été obtenus pour les mères et pour les enfants, le Professeur COUVELAIRE en a énoncé les principes dans une leçon faite par lui à la clinique Baudelocque au début de l'année 1932 et publiée dans le numéro de la *Pratique Médicale Française* du mois d'Avril de la même année.

1° Le moment de l'intervention. — L'indication opératoire peut se poser au *cours de la gestation*, en présence d'hémorragies particulièrement abondantes auxquelles peut se joindre l'infection de l'œuf prématurément ouvert. Mais c'est plus souvent *pendant le travail* que l'indication est la plus fréquente et particulièrement dans la première partie du travail, au cours de la période d'effacement et dans le début de la dilatation. Cette période constitue le moment critique pendant lequel l'indication opératoire se pose le plus fréquemment.

2° L'Etat général. — Suivant l'atteinte de l'état général on peut être amené à opérer dans les conditions suivantes : ou bien en présence d'une première hémorragie abondante qui constitue tout le tableau pathologique ; l'importance de la perte de sang constitue à elle seule une indication d'opération césarienne qui sera ou non conservatrice suivant le cas (Parité et âge de la malade).

— Ou bien ce sont des hémorragies répétées chez une femme déjà anémiée qui imposent l'intervention ; dans ce cas l'opération est commandée moins par l'importance de l'hémorragie actuelle que par la médiocrité de résistance de la femme. La temporisation risque de rendre la malade incapable de faire les frais d'une intervention chirurgicale ; l'indication opératoire est encore plus formelle lorsque à l'anémie s'ajoute un début d'infection.

— Enfin, on peut être amené à opérer des femmes dont l'hémorragie ne paraît pas très redoutable, mais qui présentent une complication supplémentaire (tenant à l'état du bassin, de l'utérus ou du fœtus). Cette association crée une dystocie complexe assez redoutable pour que la chirurgie soit appelée à tourner simultanément les deux difficultés.

3° La valeur obstétricale de la femme constitue un élément qui doit être envisagé dans tous les cas parallèlement à la gravité de l'hémorragie au moment où l'on prend la décision thérapeutique.

4° **La valeur de l'enfant.** — Il est des cas enfin, où, dans l'intérêt de l'enfant, il est permis de proposer l'opération chirurgicale à condition que ce dernier soit vivant et suffisamment mûr et que, par ailleurs les conditions maternelles le permettent.

C. Le choix de l'intervention. — Dans le choix de l'intervention il faut toujours avoir présent à l'esprit que la sécurité est souvent acquise au prix de l'hystérectomie.

1° *Le traitement conservateur a des indications :*

- a) Primiparité et jeunesse de la malade,
- b) Hémorragie apparue pour la première fois ou survenant chez une femme ne se trouvant pas dans un état d'anémie préexistant,
- c) Pas de crainte d'infection.

2° *Il faut se résoudre à l'hystérectomie :*

a) Chaque fois que l'anémie est alarmante au point qu'on doit éviter, d'une façon absolue, tout risque de continuation ou de reprise d'hémorragie après évacuation de l'utérus ; seule l'hystérectomie est capable de réaliser l'hémostase d'une façon rapide et absolue,

b) Lorsqu'un début d'infection fait concevoir des craintes d'une septicémie post-opératoire,

c) Chaque fois qu'un syndrome hémorragique grave survient chez une femme dont les antécédents rendent la mutilation moins pénible (multiparité - âge - nombre d'enfants vivants).

VII

LES OBSERVATIONS

1°

CESARIENNE
AVEC EXTERIORISATION

1^{re} Obs. 1207. ann. 1926.

RESUME. — *Primipare de 21 ans, à terme. Hémorragie abondante au début du travail. Enfant vivant. Insertion marginale, placenta diffus. Rupture des membranes sans résultat. Contracture utérine et mort de l'enfant. Dilatation de 2 francs au bout de 24 heures. Conservation par extériorisation. Succès.*

Primipare de 21 ans. D. R. du 9 au 14 janvier 1926. Grossesse normale. Début des hémorragies au 9^e mois avec les premières douleurs. Entre à la clinique le 28 octobre 1926.

Examen à l'entrée. — Présentation très élevée, la tête déborde fortement le pubis. Col dilaté comme deux francs ; on ne peut pas arriver sur les membranes. Le placenta occupe l'orifice cervical. Enfant vivant. Etat général bon. Pouls au-dessus de 100.

On fait la rupture des membranes avec beaucoup de difficulté. L'hémorragie diminue puis s'arrête. La température est à 37. Pouls à 120. A 17 h. 30, à 18 h., à 18 h. 30 situation inchangée. A 21 h. 25 la femme ne perd plus, mais les bruits du cœur ne sont plus perçus. Le 29 octobre apparaît une contracture utérine permanente. L'hémorragie, arrêtée depuis la veille au soir, reprend avec abondance : le col est dilaté comme 1 franc. On décide d'intervenir. L'éloignement de l'heure d'ouverture de l'œuf (40 heures), fait juger imprudente une césarienne simple. C'est pourquoi, en raison de la primiparité et de la jeunesse de la femme on fait une césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus.

Intervention. — Hystérectomie corporéale, extraction d'un enfant mort de 3.300 gr. Délivrance : le placenta était inséré sur la paroi postérieure de l'utérus, recouvrant le col et remontant en avant. Suites opératoires 130 sub-fébriles pendant quinze jours. Le 20 novembre, réintégration de l'utérus extériorisé. Fermeture de la paroi en trois plans, sans drainage.

2°

CESARIENNES CORPOREALES

II^e Obs. 871, ann. 1924.

RESUME. — Primipare de 34 ans. Grosse hémorragie, avec col scléreux rendant inaccessible le pôle inférieur de l'œuf. Bon état général. C. Corporéale. Succès.

Primipare de 34 ans. D. R. 10 au 15 octobre 1923. Entre à la clinique le 18 juin 1924 pour hémorragies du début du travail.

Examen. — Tête bien fixée, enfant vivant, contractions utérines peu intenses, espacées, un filet de sang s'écoule par la vulve.

Toucher Vaginal : Segment inférieur très aminci ; tête en O. I. D. P. On ne trouve tout d'abord aucun orifice mais on arrive enfin à déceler une zone irrégulière que l'on suppose être l'orifice cervical. Au spéculum on voit un tout petit orifice par lequel s'écoule un mince filet de sang. Au bout de deux heures la situation n'a pas changé. Une tentative de vrillage au doigt de l'orifice cervical échoue. A l'aide d'une pince à pansements l'on agrandit un peu (50 centimes) l'orifice. En arrière on sent une languette placentaire décollée. Le lendemain, même situation ; recrudescence de l'hémorragie. On décide de pratiquer une césarienne pour hémorragie et anomalie de dilatation persistante.

Intervention. — Le 16-10 à 2 h. 45, laparatomie sus et sous-ombilicale extériorisation de l'utérus. Extraction d'un enfant vivant qui crie aussitôt. Le placenta est inséré sur la face postérieure de l'utérus, son bord supérieur remonte jusqu'au fond utérin. Il est fortement adhérent au niveau du segment inférieur et du col. On l'extraît par fragments avec beaucoup de difficulté. Suture de l'utérus à la soie n° 4. Surjet péritonéal au catgut. Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Suites opératoires : subfébriles 15 jours.

Sort le 12 Juillet en bon état.

III^e Obs. 163, ann. 1925.

RESUME. — Première hémorragie importante au début de la dilatation. Insertion recouvrante. Bon état général. Corporéale. Succès.

Primipare de 34 ans. D. R. le 30 mars 1924. Au cours de sa gestation suivie à la clinique on ne constate rien d'anormal. Entre à la clinique le 2 janvier 1925.

Examen. — Le fœtus est en attitude oblique, on a beaucoup de peine à le verticaliser. Bassin normal. Le 30 janvier à 10 h. 25, brusquement la femme perd un flot de sang (1.070 grammes) en quelques minutes. Au toucher : col effacé. Des caillots intra-utérins séparent la présentation du doigt explorateur. Le diagnostic à peu près certain est celui de varité recouvrante de l'insertion vicieuse du placenta. On décide aussitôt de pratiquer une césarienne. Pouls à 88. T. A. 12, 5/7. Bruits du cœur bons.

Intervention. — A 14 h. 45, anesthésie au chloroforme. Césarienne corporéale conservatrice. Laparatomie sus et sous-ombilicale. Extériorisation de l'utérus. Incision médiane sur la partie supérieure de la face antérieure. Rupture des membranes ; liquide teinté. Extraction d'un enfant pesant 4.070 grammes. Extraction du placenta. Il est inséré sur le segment inférieur. On le décolle d'abord sur la face antérieure puis on achève le décollement en arrière. L'orifice utérin est un peu plus rapproché du bord postérieur du placenta que de la circonférence antérieure de telle sorte que deux tiers de la masse placentaire est en avant et le tiers environ en arrière : l'insertion est donc recouvrante. A ce moment, l'utérus est mou et saigne. Ergotine sous-cutanée. Suture de la paroi en trois plans, sans drainage. Sérum artificiel 500 cc.

Suites opératoires excellentes. Quitte la clinique 30 jours après intervention.

IV^e Obs. 716, ann. 1928.

RESUME. — Une seule hémorragie 14 jours avant le travail. Bon état général. Intervention en raison de présentation transversale et rupture des membranes. C. Corporéale. Succès.

II^e p. 41 ans, entre à la clinique au 7^e mois de sa gestation pour une hémorragie. La 1^{re} gestation se termina par l'accouchement normal d'un enfant mort à 4 mois. La gestation actuelle était normale jusqu'au 6^e mois (décembre 1927). Examinée alors, la femme présentait un utérus étalé avec une présentation transversale mobile d'un enfant vivant. Grâce à un repos prolongé pendant les trois derniers mois de la gestation, la femme put poursuivre sa gestation sans aucun incident jusqu'au 6 avril 1928 (époque approximative du terme). Le 6 avril à 1 h. 45, se produit une rupture prématurée de la poche des eaux, précédant de deux heures le début des contractions douloureuses. Au cours de ce début de travail ne se produit pas de reprise d'hémorragie ; mais on constate que le travail a surpris le fœtus dans la position transversale déjà constatée antérieurement. Indication de l'intervention posée sur : placenta bas probable, rupture prématurée des membranes avec présentation transversale, enfant vivant.

Intervention. — (D^r RAVINA). 1 h. après la rupture des membranes. Césarienne corporéale, extraction d'un enfant vivant de 3.900 gr. Le placenta est inséré sur la face postérieure, en variété marginale, le cordon a une insertion vélamenteuse sur le bord déclive du placenta. L'utérus qui présente quelques noyaux fibreux et superficiels se rétracte mal.

Les suites opératoires donnent lieu à quelques inquiétudes, la femme étant restée fébrile jusqu'au 30^e jour après l'intervention. Elle sort le 50^e jour en bonne santé ainsi que son enfant.

V^e Obs. 2.571, ann. 1928.

RESUME. — Intervention pour hémorragies répétées au début du travail, pôle inférieur de l'œuf inaccessible. Pas de température corporéale. Mort par septicémie.

Mme D., âgée de 38 ans, entre à la Clinique au 9^e mois de sa 4^e gestation pour une hémorragie. Les trois gestations précédentes se sont terminées

par des accouchements normaux. Sur les trois enfants, deux seulement sont encore vivants.

Au cours de la gestation actuelle, trois hémorragies spontanées au cours des 7^e et 8^e mois, puis une 4^e beaucoup plus abondante le 10 décembre 1928, qui nécessite son transfert à la Clinique. A son arrivée l'hémorragie a cessé, mais la femme est pâle, avec un pouls rapide et des tendances syncopales. Il n'y a pas de début de travail. L'enfant est vivant, en présentation céphalique très élevée, le col n'est pas dilaté et présente un suintement sanguin. La femme est mise en observation, mais pendant les heures qui suivent l'hémorragie reprend à deux reprises d'une façon abondante, en même temps que l'état général s'aggrave : pouls à 120 — lipothimie. L'enfant est vivant. T. 37,4.

Indication d'intervention chirurgicale posée sur : hémorragies répétées avec présentation élevée et col non dilaté dès le début du travail.

Intervention. — Césarienne corporéale, l'hystérectomie fait arriver sur les membranes, extraction d'un enfant vivant de 3.400 grammes. Le placenta est inséré en arrière en variété recouvrante.

Suites opératoires : la femme reste très choquée après l'intervention ; après 48 heures, température à 39,4 avec un pouls à 140 ; ventre ballonné. Le 3^e jour, la température est à 41°2, avec un pouls à 170.

La femme meurt au milieu d'un syndrome infectieux de septicémie sur-aiguë.

3°

CESARIENNES BASSES

VI° Obs. n° 1.105. ann. 1926.

RESUME. — Hémorragie au début du travail. Bon état général. Intervention en raison de l'abondance des hémorragies de la présentation transversale et de l'état fibromateux de l'utérus. — Césarienne basse. Succès.

Primipare de 41 ans. Hémorragies répétées depuis le 7^e mois jusqu'au 9^e mois, se continuant par des hémorragies du travail au début duquel la femme entre à la Clinique, le 19 avril 1926.

Examen. — Plusieurs fibromes pariétaux, col fortement déjeté à gauche, présentation du siège élevée. Bassin normal. Des hémorragies apparaissent avec les premières douleurs. La présentation reste élevée. On décide de pratiquer une césarienne basse pour hémorragies dues à une insertion vicieuse du placenta.

Intervention. — Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. Incision du cul de sac vésico-utérin. Décollement de la vessie et du péritoine. Incision du segment inférieur. Extraction d'un enfant vivant. Le placenta est inséré sur la face postérieure du segment inférieur, une languette en est décollée. L'utérus porte des noyaux fibromateux disséminés. Fermeture de l'utérus. La rétraction utérine est médiocre. Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Sort le 15 juillet en bon état.

VII° Obs. n° 2.097, ann. 1926.

RESUME. — Hémorragies abondantes de la gestation, et présentation transversale. Intervention, avant tout début de travail, au voisinage du terme. Césarienne basse. Succès.

II pare âgée de 33 ans. Premier accouchement prématuré à 6 mois. L'enfant né vivant mourut quelques instants après.

Le 8 novembre 1926. — Entre à la Clinique au voisinage du terme de sa gestation. Examen : présentation transversale que l'on ne peut pas corriger, sans rapport avec une viciation pelvienne ; on émet l'hypothèse, soit de malformation utérine, soit d'un placenta praevia, probable.

Le 11 novembre 1926, à 10 h. 30, brusquement la femme perd un flot de sang (750 gr.). Même situation du fœtus. Pas de début du travail, la femme ne saigne plus. Cependant, en raison de l'importance de cette première hémorragie, l'enfant étant vivant, la gestation près du terme, l'on décide d'intervenir sans plus attendre.

Intervention. — 11 h. 30 anesthésie générale. Césarienne basse. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Incision du segment inférieur après décollement du péritoine et de la vessie. L'hémorragie est abondante et gêne pour prolonger l'incision vers le bas. Décollement d'un lambeau placentaire ; on tombe sur les membranes ; extraction de l'enfant par version. Arrêt de

l'hémorragie dès le décollement du placenta. Placenta inséré sur le bord droit, remonte très haut et descend très bas jusqu'à recouvrir l'orifice interne du col. Dans l'ensemble il est très étalé et empiète sur les faces antérieure et postérieure de l'utérus. L'incision du segment inférieur a porté entièrement sur la zone d'insertion placentaire, mais le bord du placenta était très voisin de la ligne d'incision et les membranes à ce niveau facilement accessibles.

L'incision s'est prolongée par une déchirure remontant à 2-3 c/m sur la face antérieure du corps utérin. On fait une suture aux points séparés de la musculo-muqueuse et un enfouissement par un surjet péritonéo-musculaire. Fixation de la vessie en avant de cette ligne de suture qui se trouve ainsi complètement recouverte. Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage. L'enfant a été extrait en état de mort apparente et ranimé en 15 minutes. Suites opératoires normales.

VIII^e Obs. n° 1.698. ann. 1927.

RESUME. — *Hémorragies répétées avant le travail.* — *Rupture des membranes.* *Intervention en raison du mauvais état général avant le début du travail.* — *Césarienne basse. Succès.*

Mme B., âgée de 28 ans, enceinte pour la 1^{re} fois (D. R. le 24-9-26) entre à la Clinique le 16 Juillet 1927, au 9^e mois de sa gestation pour une hémorragie. Le début de la gestation avait été normal et son évolution s'est poursuivie sans aucun incident jusque dans le courant du 9^e mois. Le 8 juillet 1927, pour la première fois, la femme perdit spontanément, et sans douleur, du sang noirâtre. Cette hémorragie peu abondante se poursuivit d'une façon continuelle jusqu'au 15 juillet où elle devint plus abondante, et accompagnée de quelques douleurs. A son entrée à la Clinique, la femme perd toujours du sang, son état général est bon, pas de température, pouls à 80, l'utérus haut de 33 c/m présente les caractéristiques d'un utérus gravide à terme, présentation verticale avec une tête au détroit supérieur mal fixée. L'enfant est vivant, le col est diminué de longueur, mais la femme ne présente aucun signe de début de travail.

Malgré le repos, l'hémorragie continue d'une façon intermittente. Le 22 Juillet l'état général devient inquiétant : femme fatiguée, T. A. : 9/5 aucun signe de début de travail. Le D^r RAVINA constate que la présentation est toujours élevée et le col seulement perméable ; il procède avant tout début de travail, à une rupture artificielle des membranes. L'hémorragie ne cesse pas, il décide de pratiquer une opération césarienne que l'on fait précéder d'une injection de 250 cc. de sérum intra-veineux.

Intervention. — Césarienne basse, supra-symphisaire, pratiquée suivant le procédé habituel sans incident. (D^r RAVINA.)

On note que l'incision coupe la ligne du bord placentaire : le placenta étant inséré sur le bord gauche de l'utérus, depuis le fond jusqu'à la région segmentaire immédiatement au-dessus de la portion cervicale. Extraction d'un enfant vivant, pesant 3.520 grammes.

Les suites opératoires furent normales et apyrétiques, cependant la femme présentant des douleurs articulaires et une sensibilité dans la masse du mollet de chaque côté, on l'immobilise soigneusement dans la crainte d'un début de phlébite. Celle-ci ne se constitue pas. La femme sort le 42^e jour après l'intervention, en état de guérison parfaite, avec un enfant bien portant.

IX^e Obs. n° 847, ann. 1928.

RESUME. — *Secondipare de 30 ans, sans enfant. Bassin rétréci et hémorragies à répétition. Grosse hémorragie au début du travail, avec insertion latérale. Etat général grave. Césarienne basse. Mort par choc, sans reprise d'hémorragie.*

Mme P., âgée de 30 ans, est envoyée à la Clinique au cours de son deuxième accouchement, le 23 avril 1928. La première gestation s'est terminée par un accouchement avec présentation du siège et expulsion d'un enfant mort au cours du travail. La gestation actuelle (D. R. 10 juillet 1927) n'a présenté aucune anomalie jusqu'au 7^e mois. Au 7^e mois se produisit une hémorragie qui apparut et cessa spontanément. Examinée à cette époque, on trouva une présentation du siège, mais il ne fut pas pratiqué de version en raison de l'hémorragie. Le 22 avril 1928, à 22 heures, la femme entre en travail et présente des contractions utérines douloureuses en même temps que se produit une hémorragie abondante et continue. Le médecin, appelé en consultation, constate que la tête est au-dessus du détroit supérieur et mobile. L'enfant est vivant. Dans ces conditions le médecin s'abstient de pratiquer une rupture artificielle des membranes et adresse la malade à la Clinique Baudelocque.

A son entrée à la Clinique, le 23 avril, à 2 h. 45 H. U. 38. Tête très haute et très mobile débordant nettement la symphyse au palper mensurateur. Dos à gauche. B. du C. ralenti et un peu irrégulier. Toucher vaginal. Vagin plein de caillots ; col épais et dur, situé très en avant, derrière la symphyse, dilaté comme 5 francs. On arrive directement sur la tête qui paraît dure, très ossifiée. On ne sent ni poche des eaux, ni placenta.

Bassin généralement rétréci P. S. P. 10,5. Lignes innommées suivies sur toute leur étendue. Excavation médiocre. Pouls 88, petit. Sensation synopale après l'examen qui a déterminé une petite perte de sang.

Indication de traitement chirurgical sur :

1° Hémorragies par insertion basse du placenta, chez une femme fatiguée, ayant saigné à plusieurs reprises ;

2° Présentation élevée, n'ayant pas tendance à l'engagement ;

3° Rétrécissement pelvien.

Césarienne basse classique, après anesthésie à l'éther. (D^r RAVINA.) L'incision du segment inférieur arrive sur le placenta. Il ne se produit, pour ainsi dire, pas d'hémorragie. On décolle rapidement le placenta vers la droite. On trouve facilement la bouche et on extrait aisément un enfant plongé dans une purée de méconium. Cet enfant, qui fait un mouvement respiratoire dès sa sortie de l'utérus et dont le cœur battait lentement n'a pu être ranimé. L'aspiration intratrachéale a ramené du méconium en très grande quantité. Décollement du placenta qui est inséré sur toute la face antérieure, depuis le fond jusqu'au col. Utérus un peu mou et hémorragie moyenne, qui s'arrête par injection de 2 cc. d'hypophyse.

Suture de l'utérus en deux plans ; un total catgut n° 2, points séparés, 1 fibromusculaire au catgut n° 1 (surjet). Fixation de la vessie par un point en U, à la partie supérieure de l'incision. Surjet fixant la vessie au segment inférieur ; 2° surjet abattant le péritoine utérin sur la vessie. Paroi en trois plans.

La femme semble avoir bien supporté l'intervention qui a été rapide et sans aucun incident. A la fin de l'opération, l'utérus ne saignait pas, mais le pouls était incomptable.

On pratique une injection de 750 cc. de sérum intra-veineux, puis l'état ne s'améliorant pas, on commence une transfusion de sang pur à l'appareil de IZANCK. A la troisième seringue de sang, syncope et mort.

X^e Obs. n^o 74, ann. 1930.

RESUME. — Opération faite en cours de travail pour hémorragies à répétition. Inaccessibilité du pôle inférieur de l'œuf, et présentation transversale avec menace d'infection ovulaire. Césarienne basse. Succès.

Mme B., âgée de 33 ans est admise à la Clinique Baudelocque au 9^e mois de sa 3^e gestation pour des hémorragies. Ses antécédents personnels et héréditaires ne révèlent rien d'anormal. Ses deux gestations se sont terminées par : la première, un accouchement à terme ; la seconde, par un avortement au 4^e mois. La gestation actuelle, (D. R. 30 mars au 3 avril 1929) s'est passée sans incident jusqu'au 6^e mois. Le 16 octobre (6^e mois), puis le 27 novembre (7^e mois) se produisent des hémorragies spontanées, incolores, abondantes, durant l'une et l'autre, quarante-huit heures. Examinée alors on constate que la femme a un utérus étalé avec présentation transversale. Du 15 décembre au 3 janvier 1930 se produisent une 3^e, une 4^e et une 5^e hémorragie présentant les mêmes caractères que ceux des deux premières. La femme se décide à entrer à la Clinique.

Examen à l'entrée. — Femme en bon état général, pouls à 80, temp. 37°1. Hauteur utérine : 35 cm. Présentation transversale, tête dans le flanc gauche et siège dans la fosse iliaque droite. On note que le fœtus est anormalement élevé par rapport à la symphyse pubienne. L'enfant est vivant. Au toucher, le col est très élevé, long et difficile à explorer ; il n'est pas perméable, l'hémorragie est arrêtée et on ne constate pas d'écoulement de liquide amniotique. La femme est surveillée. Pendant les jours suivants la situation ne change pas, la température ne s'élève pas au-dessus de 37°5 ; mais un écoulement peu abondant continue par intermittence.

Entrée en travail. — Le 11 janvier 1930, la femme perd un liquide séro-sanguinolent, l'enfant est vivant ; au toucher on sent un col très élevé ; perméable, à l'intérieur duquel on perçoit à bout de doigt une masse légèrement saillante arrondie et lisse, considérée par M. le Professeur COUVELAIRE comme pouvant être constituée par un polype fibreux ou par un caillot ancien organisé.

Un toucher manuel est fait sous anesthésie générale ; il permet de sentir une masse arrondie et lisse occupant la région de l'orifice interne du col ; au-dessus de cette masse, on perçoit le placenta et plus haut, vers la droite, on arrive au loin sur les membranes.

L'indication du traitement chirurgical est posée sur :

- 1^o La présence du placenta, qui occupe le pôle inférieur de l'œuf ;
- 2^o L'éloignement des membranes, qu'on atteint très loin, seulement grâce au toucher manuel ;
- 3^o La situation transversale élevée du fœtus.

Intervention. — Césarienne basse supra-symphisaire. (D^r DIGONNET), au cours de laquelle on note les particularités suivantes : le segment inférieur est mal constitué, il est bas et étroit. Au moment de l'incision de la paroi utérine, on constate qu'elle est anormalement épaisse et il se produit une hémorragie très abondante. L'incision tombe sur la masse placentaire, et pour pénétrer dans l'œuf il faut aller chercher les membranes très haut sous la face

antérieure de l'utérus. Au cours de cette manœuvre se produit une hémorragie en nappe très abondante. La terminaison de l'opération se fit suivant le procédé habituel sans drainage.

L'examen du placenta montra que celui-ci était étalé et irrégulier à sa partie inférieure et postérieure, répondant au point déclive et à l'orifice cervical existe une masse organisée ayant l'aspect d'un caillot de formation ancienne, appendu au bord libre de la masse placentaire. Ce caillot organisé n'est autre que la masse qui avait été perçue dans le col, au cours du toucher manuel.

Des recherches bactériologiques ont été pratiquées dans le Laboratoire de Bactériologie de la Clinique, en vue de reconnaître la présence possible de germes microbiens dans le caillot perçu à travers l'orifice cervical. Des prélèvements faits, sous toute garantie d'asepsie, firent obtenir des cultures de streptocoques hémolytiques à l'état de pureté qui, inoculé au lapin, le tua en 48 heures.

Les suites opératoires, que l'on prévoyait redoutables, furent cependant très satisfaisantes, pendant 10 jours.

Au 11^e jour se produisit une poussée thermique avec diarrhée et ballonnement. L'examen de la plaie révéla à travers un léger pertuis cutané la présence d'une anse intestinale grêle qui avait fait hernie à travers la partie supérieure de la suture musculaire. La réintégration de l'anse fut faite sous anesthésie locale et la paroi fermée au crin. La femme quitta la clinique le 33^e jour après l'intervention alors que sa température était revenue à la normale avec un enfant bien portant.

XI^e Obs. 819, ann. 1930.

RESUME. — Hémorragie de la gestation. Très bon état général. Présentation transversale avec malformation utérine. Césarienne basse au début du travail. Succès.

Mme A. âgée de 33 ans entre à la clinique au 9^e mois de sa 2^e gestation pour une présentation transversale irréductible. La 1^{re} gestation s'était terminée par un accouchement à terme spontané et normal d'un enfant décédé à l'âge de 4 ans.

La gestation actuelle (D. R. 2 juillet 1929) s'est poursuivie sans incident jusqu'au 7^e mois. A ce moment se produisit une légère perte hémorragique qui se poursuivit d'une façon irrégulière pendant quinze jours puis cessa complètement. La femme entre à la clinique le 11 avril 1930. On trouve un utérus étalé transversalement bicorne, avec une présentation transversale, la tête dans la corne utérine droite, le siège dans la corne gauche. Au toucher le col est élevé, mais déhiscent, de telle sorte que l'on arrive sur des membranes. Derrière le doigt ne se produit aucune hémorragie ; le bassin est normal, l'enfant vivant, une version par manœuvres externes montre qu'il est impossible de réduire cette présentation.

Examinée par le Professeur COUVELAIRE, celui-ci conclut au traitement chirurgical en raison :

- 1° Insertion basse du placenta ;
- 2° Présentation transversale dans un utérus mal formé ;
- 3° Femme de 33 ans désirant vivement avoir un enfant vivant.

Le 12 avril, à 19 heures, se produit une rupture spontanée et prématurée des membranes, sans contraction douloureuse. Le toucher montre que

le col est dilaté comme 5 francs et laisse passer un membre supérieur que l'on reconnaît comme étant le coude gauche. Le placenta n'est pas senti, il n'y a pas de procidence du cordon, l'enfant est vivant, mais les bruits du cœur d'abord rapides, se ralentissent et s'alourdissent.

Intervention. — (D^r DIGONNET). Pratiquée d'urgence. Césarienne basse, supra-symphysaire. Hystérectomie médiane sur le segment inférieur qui est bien formé et suffisamment mince, bien que le fœtus soit élevé. Extraction de l'enfant par version. On cherche alors à se rendre compte du type d'insertion du placenta ; celui-ci est inséré en arrière, le bord inférieur surplombant l'orifice cervical : variété latérale.

L'opération est poursuivie suivant le procédé habituel sans aucun incident ; l'enfant extrait pesant 3.200 gr. est vivant et les suites opératoires furent normales et apyrétiques.

La mère et l'enfant quittèrent la clinique le 20^e jour après l'opération en état de parfaite guérison.

XII^e Obs. 1.237, ann. 1930.

RESUME. — *Mauvais état général, anémie grave et fièvre au début du travail. Césarienne basse. Mort par septicémie.*

Madame N., âgée de 25 ans, entre à la clinique le 1^{er} juin 1930 au 8^e mois 1/2 de sa 2^e gestation pour des hémorragies.

Rien de particulier n'est relevé dans ses antécédents. La première gestation en 1924, s'est terminée par un accouchement spontané d'un enfant actuellement bien portant. La gestation actuelle s'est poursuivie sans incident jusque dans le cours du 8^e mois. Le premier accident survint le 31 mai 1930 : hémorragie brusque, spontanée, indolente, qui cessa spontanément au bout de quelques heures, mais se reproduisit le lendemain et le surlendemain d'une façon plus abondante. A son entrée à la clinique, l'hémorragie est arrêtée, la femme est en bon état général mais son pouls est à 100. L'enfant est vivant, se présentant par le siège, le col est très élevé et perméable. Le doigt arrive directement sur une masse irrégulière, molle, qui paraît être le placenta. Il n'y a aucun signe de début de travail de telle sorte que la femme est mise au repos et en observation. Pendant cinq jours l'état reste le même, la femme perdant un peu de sang par intermittence, mais le 5 juin se produit sans douleur une hémorragie abondante en même temps que l'état général de la femme commence à donner des inquiétudes, pouls 120, temp. 38°3. Localement, l'état reste le même ; enfant vivant avec présentation élevée, col dilaté comme un franc dans l'aire duquel on sent une masse irrégulière dont on ne peut préciser s'il s'agit d'un caillot ou du tissu placentaire. Sur l'avis du Professeur COUVELAIRE, on décide d'intervenir sans attendre que le travail soit plus avancé. La femme présente quelques douleurs intermittentes et régulières.

Intervention. — (D^r PORTES). Césarienne basse supra-symphysaire faite suivant le procédé habituel au cours de laquelle on note les particularités suivantes : hémorragies assez abondantes de la tranche d'hystérectomie, insertion du placenta à type marginal, extraction d'un enfant vivant pesant 3.530 grammes.

Suites opératoires furent d'emblée graves, la femme resta fatiguée et choquée après l'intervention et malgré le traitement institué (sérum - ouabaine -

sérum anti-streptococcique) la température qui était de 38°5 au moment de l'intervention monta le lendemain à 40° et le surlendemain à 41°. Malgré un abaissement progressif de la température les 3^e et 5^e jours (39°4) la femme présenta un tableau de septicémie manifeste au point de vue clinique. Deux hémocultures pratiquées les 3^e et 5^e jours se montrèrent négatives, néanmoins, la femme mourut le 5^e jour au milieu des signes d'une infection septicémique à marche aiguë.

L'enfant sortit en bon état de la clinique le 26^e jour pesant 3.600 grammes.

XIII^e Obs. 1.288, ann. 1930.

RESUME. — *Hémorragies répétées et fièvre au cours du travail. Présentation transversale. Césarienne basse. Succès.*

Madame G., âgée de 36 ans, est amenée à la clinique pour des hémorragies répétées au cours du 8^e mois de sa 3^e gestation. Les deux gestations précédentes se sont terminées : la 1^{re} par l'accouchement à terme d'un enfant mort à l'âge de deux ans ; la deuxième par un avortement au 3^e mois. La gestation actuelle (D. R. le 9 nov. 1929) s'est poursuivie sans incident jusqu'au 6^e mois, puis la femme fit une hémorragie spontanée et de moyenne abondance qui se reproduisit au cours du 7^e mois, puis une fois encore au cours du 8^e mois. C'est pour cette dernière hémorragie survenue dans la nuit du 9 au 10 juin 1930 que la femme est envoyée à la clinique. L'hémorragie est abondante et ne s'est accompagnée d'aucune contraction utérine douloureuse. Au moment de son entrée, le 11 juin 1930, la femme n'est pas en travail, l'utérus est tendu mais permet de sentir le fœtus qui est en position transversale et très mobile. Au t. le col est long, mais non dilaté, le doigt ramène du sang, l'excavation est vide. L'état général de la femme est satisfaisant, pouls à 96, temp. 37°6. Pendant les 24 heures suivantes la femme continue à perdre du sang en quantité assez abondante, le fœtus reste en position transversale malgré les essais de verticalisation, des contractions utérines douloureuses apparaissent : le toucher pratiqué alors montre que le col est dilaté comme deux francs et laisse percevoir une masse irrégulière donnant l'impression qu'il s'agit de tissu placentaire.

Le Professeur COUVELAIRE décide de faire pratiquer une intervention chirurgicale conservatrice autant que faire se peut chez cette femme dont le produit de conception est d'une qualité douteuse, du fait de la prématurité et des hémorragies successives. Au moment de l'intervention le pouls est à 103, la température à 38°2.

Intervention. — (D^r DESNOYERS). Incision de césarienne supra-symphysaire, le liquide amniotique est normal, l'hémorragie de la tranche utérine peu abondante, l'enfant vivant au moment de l'extraction, le placenta est inséré sur le côté gauche antérieur de l'utérus en variété recouvrante. Après son extraction l'utérus ne saigne plus et se rétracte énergiquement. Dans ces conditions on pratique une conservation d'utérus, l'opération est achevée suivant le procédé habituel des césariennes supra-symphysaires. Après l'intervention l'état de la femme est satisfaisant. Pas de drainage. Les suites opératoires sont satisfaisantes et apyrétiques. L'enfant qui pesait 1.700 grammes est mort. La femme sort le 32^e jour après l'intervention en état de parfaite santé.

XIV^e Obs. 2.433, ann. 1930.

RESUME. — 1^o Hémorragie très abondante au début du travail. Anémie aigüe. Echec de la rupture des membranes. Transfusion avant l'opération. Césarienne basse. Succès.

Madame P., âgée de 27 ans, enceinte pour la troisième fois (deux premières gestations normales) vient à la clinique le 6 novembre 1930 pour une hémorragie importante. Cette hémorragie a commencé le matin à 6 h. elle aurait été la première, mais très abondante. A son entrée à la clinique, la femme continue à saigner. Pas de contractions utérines.

Examen à l'entrée : H. U. 29 cm. Utérus oblique. Le siège est dans l'hypocondre droit. La tête au-dessus du D. S. très mobile. Toucher : vagin rempli de caillots. Malgré l'absence de contractions utérines, on constate que le col est effacé et dilaté comme 5 francs. Sa lumière est presque complètement remplie par une masse molle, qui donne l'impression d'être du placenta. L'hémorragie augmente un peu après le toucher vaginal. Auscultation : B. du C. perçus à droite, très rapides, sourds et irréguliers. Examen sur la table gynécologique : à l'aide de deux valves montre l'orifice du col rempli par une tuméfaction saillante, lisse que l'on pense être une poche des eaux saillante. Avec un hache de pince à longuet on essaye d'ouvrir cette tuméfaction saillante ; il ne s'écoule qu'un peu de sang et l'on s'aperçoit qu'il s'agit d'une masse placentaire. On arrive à rompre les membranes en les perforant très latéralement, en dehors de la masse, en avant et à gauche. Il s'écoule un liquide amniotique fortement mélangé de sang. On voit que ce moyen est tout à fait insuffisant pour arrêter l'hémorragie qui continue. Etat général, pouls accéléré, pâleur et refroidissement des extrémités, quelques vertiges. On prévient M. LACOMME qui confirme l'examen, mais : les bruits du cœur ne sont plus perçus et l'état général s'est aggravé : pouls irrégulier et ralenti, légère agitation. M. LACOMME décide de faire une intervention chirurgicale après avoir remonté l'état général de la femme par : 500 cc. sérum physiologique sous-cutané, huile camphrée et une transfusion sanguine (200 cc.) préopératoire. Après la transfusion, état général amélioré. Pouls plus régulier ; mieux frappé, faciès coloré. L'hémorragie a beaucoup diminué. M. LACOMME décide d'attendre jusqu'à 13 h. 30 pour laisser passer la période critique qui suit parfois une transfusion, et à ce moment faire une césarienne suivie ou non d'hystérectomie.

13 h. 45. Etat général très amélioré. Pouls à 84 - bien frappé. Faciès coloré, état général assez satisfaisant pour pratiquer une césarienne peut-être suivie d'hystérectomie.

Intervention. — (D^r LACOMME). Incision du cul de sac vésico-utérin et décollement du péritoine qui est friable. Le décollement est poursuivi haut car la tête fœtale est élevée et le segment inférieur mal formé. Extraction d'un enfant vivant. Extraction du placenta et des membranes. Le placenta est inséré sur le côté droit et en arrière. Son insertion se prolonge en bas jusqu'au col dont il recouvre l'orifice. L'hémorragie est assez abondante sans être alarmante. 1 ct. ergotine. L'intervention est achevée suivant le procédé habituel. *Suites opératoires* excellentes jusqu'au 4^e jour. Il se produit alors un point de côté brutal dans l'hémitorax droit. Malgré l'absence de signes de phlébite, la femme est immobilisée d'une façon rigoureuse. Pendant les jours qui suivent, la température qui était aux environs de 38° revient à la normale et aucune phlébite ne se constitue. La femme sort le quarante-cinquième jour après l'intervention, en excellent état, avec un enfant bien portant ayant largement dépassé son poids de naissance, 3.850 grammes.

4°

HYSTERECTOMIES

XV^e Obs. 1.445, ann. 1922.

RESUME. — 8^o pare, 46 ans. Hémorragies répétées. Œuf ouvert avec fièvre. Col scléreux non dilaté. Enfant mort. Hystérectomie en bloc. Guérison.

Grande multipare, âgée de 46 ans. Sept gestations antérieures menées à terme, suivies d'accouchements spontanés. Au cours du 7^e accouchement, le travail fut pénible, il y a eu rupture précoce des membranes suivie d'infection de l'œuf. On fit une craniotomie sur enfant mort. 8^e gestation actuelle : D. R. 10 au 14 avril 1922.

Le 15 septembre : hémorragies légères durant quatre jours.

Le 20 octobre : hémorragie durant une demi-heure.

Le 23 octobre : perte des eaux, la femme entre à la clinique le 25 octobre 1922. Le 30 octobre, nouvelle hémorragie abondante.

Examen. — Toucher vaginal. Col en deux valves, avec deux encoches transversales. Une lèvre antérieure saillante et dure. Les deux encoches vont jusqu'au fond du cul de sac et à droite existe un noyau scléreux. Le promontoire est accessible. Le 1^{er} novembre : nouvelle hémorragie. Le 3 novembre : l'hémorragie continue. Pas de douleur, col long et fermé. Pouls à 92. Plus de bruits du cœur.

Le 6 novembre : nouvelle hémorragie. En raison de la température (38^o) de l'ouverture de l'œuf, des hémorragies, on décide d'intervenir par voie haute, malgré la mort de l'enfant. La voie basse est éliminée en raison de l'état du col ; la césarienne conservatrice est jugée imprudente chez cette multipare infectée.

Intervention. — Hystérectomie sub-totale ; incision de la paroi très épaisse. Extériorisation de l'utérus. Pincés sur les pédicules. Décollement du péritoine antérieur. Section des pédicules. Deux grands clamps sont placés à mesure du moignon. Ligature des pédicules, très difficile à droite à cause de la rupture d'une branche vaginale de l'utérine. Péritonisation difficile. Fermeture de la paroi sans drainage. Suites opératoires excellentes. Sort le 27 novembre.

XVI^e Obs. 441, ann. 1924.

RESUME. — XI^o pare. Hémorragies répétées. Plus abondantes au début du travail. Hystérectomie. Guérison.

XI^o pare de 33 ans. Histoire des gestations antérieures : trois avortements, sept accouchements normaux ; quatre enfants vivants.

Sa XI^e gestation actuelle : D. R. du 18 au 20 juin 1923. Le 10 novembre 1923, vue à la consultation, gestation normale de 4 mois. Le 12 février 1924 : entre à la clinique pour hémorragies abondantes ayant

cessé spontanément. Le 28 février 1924 - nouvelles hémorragies. Le 25 mars 1924 - début du travail ; nouvelles hémorragies abondantes. L'enfant étant vivant, la femme une grande multipare, on décida de faire une césarienne suivie d'hystérectomie. Hystérotomie médiane, on tombe sur le sac membraneux ; extraction de l'enfant vivant. Rapprochement des lèvres de la plaie avec des pinces de Museux,

Hystérectomie : section des pédicules utéro-ovariens et des ligaments ronds entre deux pinces ; repérage des pédicules utérins et mise en place des pinces correspondantes. Section sus-vaginale du col. Fermeture au catgut n° 3. Ligature des six pédicules vasculaires. Toilette du petit bassin. Rien ne saigne. Péritonisation : surjet au catgut n° 2. Appendicectomie. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires normales.

Sort de la clinique le 15 avril 1924, en bon état.

XVII^e Obs. 1689, ann. 1924.

RESUME. — 9^e gestation, 31 ans, 2 enfants vivants. Œuf ouvert. Col scléreux. Mort de l'enfant. Hystérectomie en bloc. Guérison.

Multipare (IX p.) de 31 ans ; syphilitique traitée, ayant fait six avortements, dont quatre provoqués et deux spontanés. Deux enfants vivants. IX^e gestation actuelle : D. R. 7 - 10 mai 1924. Du 5^e au 8^e mois, plusieurs hémorragies abondantes. Le 13 novembre 1924, entre à la clinique pour hémorragies.

Examen à l'entrée : présentation inclinée dans la fosse iliaque gauche ; enfant vivant ; excès de liquide. A 15 h. 30, la femme perd les eaux ; à 19 h. 30, suintement sanguin léger ; à 22 h. 30, forte hémorragie, altération de l'état général. Pouls à 150. Extrémités froides, température 36°5. Même situation du fœtus, pas de bruit du cœur.

T. V. : Col scléreux, présente des cicatrices de déchirures antérieures. Il n'est pas dilatable. Son orifice admet à peine l'extrémité de l'index. Pour ces raisons, on décide de pratiquer une hystérectomie en vase clos.

A 24 heures. *Intervention.* — Anesthésie au chloroforme. Laparatomie sus et sous-ombilicale. Extériorisation de l'utérus. Hystérectomie typique en vase clos après ligature préalable des pédicules vasculaires. Fermeture de la paroi en 3 plans sans drainage.

Après l'intervention, pouls incomptable. Sérum glucosé intra-veineux.

Sort le 5 décembre en bon état.

XVIII^e Obs. 308, ann. 1925.

RESUME. — 7^e pare, 42 ans, 6 enfants vivants. Deux accouchements précédents avec hémorragie de la délivrance. Hémorragie au début du travail. Hystérectomie. Guérison.

VII^e pare de 42 ans. Six gestations antérieures normales. Six enfants vivants. Lors des deux derniers accouchements hémorragies importantes de la délivrance.

Entrée à la clinique le 20 février 1925, au cours du 9^e mois. VIII^e gestation actuelle : D. R.

Examen. — Début de travail, hémorragies abondantes ; pôle céphalique extrêmement élevé et très mobile. Léger excès de liquide.

A 21 heures, col dilaté comme un franc ; on sent la masse placentaire à gauche et en arrière. On atteint difficilement les membranes en avant. Présentation très élevée. Etat général bon. Pouls à 72. T. A. à 37.5. B. du C. - 172 soufflants.

A 21 h. 15, reprise de l'hémorragie. Situation inchangée. L'on décide de faire une césarienne suivie d'hystérectomie en raison :

Des hémorragies et de la situation du placenta ;

De l'âge de la femme (43 ans) ;

Des six enfants vivants antérieurs ;

De l'état de l'enfant ;

Des hémorragies de la délivrance qu'elle dit avoir présenté aux deux derniers accouchements.

Intervention. — Ouverture de la paroi. Ouverture de l'utérus, puis de l'œuf. Extraction de l'enfant qui crie au bout de quelques minutes. Pose de deux pinces de Museaux pour fermer la section utérine. Hystérectomie subtotale. Péritonisation. Fermeture en 3 plans. Suites opératoires excellentes.

XIX^e Obs. 1.951, ann. 1925.

RESUME. — 5^e pare de 40 ans. 3 césariennes antérieures pour rétrécissement du bassin. Hystérectomie. Guérison.

V^o pare, âgée de 40 ans. Antécédents obstétricaux : trois césariennes antérieures pour viciation pelvienne et un avortement de six semaines.

5^e gestation actuelle : D. R. le 28 février 1925.

Le 7 novembre 1925, hémorragies très abondantes du début du travail entre à la clinique à 1 h. 55.

Examen de la femme : dilatation comme deux francs. Tête mobile débord franchement. Pas de bruits du cœur. Bassin général et rétréci. Vagin court.

A 2 h. 30, *rupture artificielle des membranes*. Etat général médiocre. Pouls à 128, petit. Le diagnostic de placenta praevia n'est pas douteux. L'enfant étant considéré comme mort, l'opportunité d'une césarienne est discutable. Mais étant donné la viciation pelvienne accusée (P. S. P. 9,5 - promontoire élevé) et l'ignorance où l'on se trouve de l'état de la cicatrice antérieure utérine, on décide de pratiquer une *césarienne suivie d'hystérectomie*.

A 4 heures. *Intervention.* — Anesthésie générale. Incision sus et sous-ombilicale. On tombe sur des adhérences épiloïques à la cicatrice pariétale. On les coupe entre deux pinces. On libère la vessie ; adhérente à la cicatrice d'hystérotomie. Extériorisation de l'utérus. Incision. Extraction d'un enfant cyanosé que l'on ranime en un quart d'heure environ. Hystérectomie supravaginale. Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

L'examen de la pièce montre un placenta inséré bas, affleurant à la suture qui a libéré l'utérus. Sérum glucosé 250 cc. Huile camphrée 100 cc.

Suites opératoires excellentes.

XX^e Obs. 410, ann. 1926.

RESUME. — 2^o pare. Hémorragies répétées du travail. Echec du ballon. Persistance de l'hémorragie. Placenta recouvrant. Enfant mort. Hystérectomie en bloc.

2^o pare, âgée de 20 ans. Première gestation normale. Deuxième gestation actuelle : D. R. du 25 au 29 juin 1925.

Le 24 janvier 1926 : hémorragies de moyenne importance, répétées, se continuent jusqu'au travail. Le 25 février, la femme entre à la clinique.

Le 26 février, à 14 heures ; début du travail, hémorragie abondante.

Examen. — Gestation de 7 mois 1/2. Pouls à 100. A 15 h. 45, rupture des membranes, pose d'un ballon intra-utérin de 500 gr. Injection intra-veineuse de 500 grammes de sérum artificiel. A 17 h. 15, l'hémorragie persiste, l'état général s'altère : pâleur, lèvres cyanosées, pouls à 120. Bruits du cœur absents. A 18 h., recrudescence de l'hémorragie, aggravation de l'état général : tendances lypothimiques, pouls mal frappé. On décide d'intervenir après une transfusion de sang de 120 gr. qui améliore l'état de la malade.

A 18 heures. *Intervention.* — Anesthésie générale au chloroforme. Laparatomie sus et sous-ombilicale. Extériorisation de l'utérus. La césarienne paraît inutile en raison de la mort de l'enfant et dangereuse, la moindre perte de sang pouvant aggraver l'état précaire de la malade ; aussi se décide-t-on à faire une hystérectomie en vase clos. Pincement des pédicules vasculaires et des ligaments ronds. Décollement du péritoine sur le segment inférieur. Le ballon est alors dégonflé et retiré par le vagin. Le segment inférieur est pincé entre deux pinces latérales, au-dessous de la tête fœtale et incisé au ras des pinces. Ablation de l'utérus en bloc. Suture de la tranche du segment inférieur par des catguts en U. Ligature des différents pédicules. Fermeture de la paroi au fil de bronze avec drain de sécurité dans le Douglas.

Suites opératoires : le 8 mars apparaît une pleurésie séro-fibrineuse à droite.

Le 12 mars : disparition des signes de pleurésie.

Le 20 mars : la femme sort en bon état.

Examen de la pièce : Il s'agissait d'un placenta recouvrant.

XXI^e Obs. 204, ann. 1927.

RESUME. — 15^e geste de 38 ans, 2 enfants vivants. Hémorragie de la gestation très abondante au 6^e mois. Mort de l'enfant. Hystérectomie en bloc.

XV^e geste, âgée de 38 ans, entre à la clinique le 16 janvier 1927 pour une hémorragie très abondante survenue au 6^e mois de sa quinzième gestation, en dehors de tout signe de travail. Parmi les 14 gestations précédentes, seules les première, troisième et treizième purent être menées au terme. Les deux premiers enfants seuls sont actuellement vivants. Le troisième atteint d'un spina bifida, mourut au 22^e jour, à la suite d'une intervention. Les onze avortements successifs survinrent entre le 2^e et le 4^e mois et paraissent avoir été spontanés. La gestation actuelle (D. R. le 14 juillet 1926) a été bien supportée sans aucun accident jusqu'au 16 janvier 1927. C'est alors que

survient une hémorragie d'un demi-litre environ, spontanée, on amène la femme à la clinique. Quand on l'examine, l'hémorragie a spontanément cessé. L'utérus est étalé. Le fœtus en présentation transversale est vivant. La femme est mise au repos. Une réaction sérologique donne un résultat partiellement positif, et aucun nouvel accident ne se reproduit pendant onze jours. Le 27 janvier 1927, la femme est prise subitement et spontanément d'une hémorragie énorme (on a recueilli 1.200 gr. de sang). L'état général est d'emblée atteint, faciès décoloré, sueurs froides. T. A. 10.6 (Pachon). L'examen local montre un utérus relâché, ne présentant aucune contraction, le col a gardé toute sa longueur : il n'y a, somme toute, aucun signe de travail.

L'indication d'une hémostase définitive par hystérectomie est portée en raison de :

- L'importance et la répétition de l'hémorragie ;
- La valeur douteuse du produit fœtal ;
- La mauvaise qualité du muscle utérin ;
- L'âge de la femme.

Intervention. — (D^r PORTES). Laparatomie médiane sous-ombilicale. Extériorisation de l'utérus gravidé. Section des pédicules et du col utérin qui est coupé très bas. Fermeture du col utérin. Péritonisation. Fermeture en trois plans sans drainage. L'impossibilité de trouver un donneur dont le sang n'agglutine pas celui de la malade, empêche de faire pratiquer une transfusion.

Les suites opératoires ont été satisfaisantes, au 10^e jour, la température est tombée à 37° et le pouls à 80.

La femme est sortie guérie le 22^e jour. Pas de renseignements sur l'enfant.

XXII^e Obs. 1.863, ann. 1927.

RESUME. — 5^e pare de 40 ans, 4 enfants vivants. Grosse hémorragie au début du travail. Enfant vivant. Décision de césarienne corporéale. Hystérectomie secondairement décidée pour adhérence anormale du placenta.

Madame R. âgée de 30 ans, enceinte pour la 5^e fois entre à la clinique le 13 août 1927 à 0 h. 30 pour une hémorragie importante survenue au début du travail. Les 4 gestations précédentes se sont terminées par des accouchements normaux à terme d'enfants actuellement bien portants ; le procréateur ayant été le même pour toutes les gestations, y compris celle qui nous intéresse.

La femme saigne abondamment, mais son état général est satisfaisant. On trouve un fœtus en présentation transversale, la tête dans le flanc droit, le siège dans le flanc gauche. L'enfant est vivant. Au toucher le col est refoulé très en avant. Derrière la symphyse le col n'est pas effacé ni dilaté, de telle sorte qu'il est impossible de se rendre compte de l'état des membranes. On porte dans ces conditions le diagnostic de placenta praevia de type probablement central et sur le conseil de M. le D^r PORTES on arriva à l'indication d'opération césarienne haute, conservatrice en raison de l'importance de l'hémorragie, de l'absence de dilatation du col, de la présentation anormale de l'enfant et de la bonne qualité des B. du C.

Intervention. — (D^r RAVINA). Césarienne corporéale. L'incision fait arriver au milieu de la zone placentaire. On ouvre l'œuf au-dessus du placenta et l'on extrait un enfant vivant pesant 2.800 grammes.

Le placenta est inséré sur la face antérieure droite de l'utérus ; le pôle inférieur atteint le segment inférieur de l'utérus mais reste à notable distance du col. Le décollement du placenta se révèle comme étant très difficile. Il existe, en effet, une adhérence intime entre le tissu placentaire et les travées musculaires, en particulier les fibres circulaires du segment inférieur.

Les essais de libération déterminent des hémorragies importantes en nappe, dans ces conditions, on décide de faire une hystérectomie sub-totale. L'intervention est terminée par une péritonisation et une suture de la paroi en trois plans. Les suites opératoires furent normales et apyrétiques. L'enfant a quitté la clinique ayant dépassé de 250 gr. son poids de naissance ; départ le 18^e jour avec la mère.

XXIV^e Obs. 2.263, ann. 1928.

RESUME. — 4^o pare, 3 enfants vivants. *Hémorragies répétées début du travail. Anémie grave. Col non dilaté scléreux. Hystérectomie avec drainage. Guérison.*

Mme L., âgée de 32 ans, enceinte pour la 4^e fois, est amenée à la clinique au cours du 9^e mois de sa gestation pour une hémorragie. Les antécédents ne révèlent rien de particulier, les trois gestations précédentes se sont terminées par des accouchements d'enfants actuellement vivants. La gestation actuelle a été normale jusqu'au 9^e mois. Dans la nuit du 24 au 25 octobre 1928, la femme présente brusquement une hémorragie de sang rouge, elle entre à la clinique le 25 octobre à 3 h. 1/2. A l'entrée, on constate une légère hémorragie et un enfant en présentation transversale ; la tête est dans le flanc gauche, le siège dans le flanc droit. On pratique facilement une version par manœuvres externes qui ramène la tête au détroit supérieur. On place une ceinture avec deux tampons pour maintenir la présentation. Les premières douleurs surviennent le 25 à 10 h. 30.

Examen. — H. U. - 32 cm. tête haute, très mobile au-dessus du détroit supérieur, dos à droite. Br. du C. bons.

Toucher : le col est en situation médiane, il est dur et ne présente aucune modification, ni effacement, ni dilatation. La présentation est atteinte à bout de doigt ; elle est accessible au travers de la paroi antérieure du segment inférieur. L'hémorragie s'est arrêtée. On porte le diagnostic d'insertion basse du placenta. En raison de la présentation transversale, puis de la situation très élevée de la tête après version ; on pense à la possibilité d'une variété marginale recouvrante. La femme ne saignant presque plus et les douleurs survenant régulièrement, on décide d'attendre un début de dilatation pour faire un diagnostic plus précis et instituer une thérapeutique.

A midi, l'examen montre que le col est partiellement effacé et perméable au doigt jusqu'à son orifice interne. Il semble qu'à ce niveau on arrive sur des membranes que l'on devine tout à fait à bout de doigt. Le col est toujours très dur. Immédiatement après cet examen survient brusquement une hémorragie de sang rouge très abondante, 1 litre environ, hémorragie qui dure quelques minutes. Cette hémorragie détermine des signes d'anémie grave, pâleur, sensation syncopale, pouls petit, mou, irrégulier.

Devant cette hémorragie grave, l'absence de dilatation, M. RAVINA décide de faire pratiquer une intervention. M. PORTES considérant qu'une hémorragie au moment de la délivrance pourrait amener la mort de la femme, en raison du degré d'anémie, décide de faire suivre cette césarienne d'une hystérectomie.

Midi 15. *Intervention.* — (D^r PORTES). Anesthésie à l'éther. Laparatomie médiane sus et sous-ombilicale. Extériorisation de l'utérus. Incision de la face antérieure du corps de l'utérus, cette incision arrive sur le placenta qui, très étendu, paraît occuper toute la face antérieure de l'utérus. Décollement partiel du placenta, ouverture des membranes, extraction d'un enfant pesant 3.100 grammes ranimé après quelques minutes. On laisse le placenta dans l'utérus. Hystérectomie totale sans incidents. Ligature des pédicules. Mickulicz. Paroi en trois plans.

XXV° Obs. 2.276, ann. 1928.

RESUME. — 8° pare, 46 ans, 6 enfants vivants. Hémorragie après rupture spontanée des membranes. Fièvre et infection ovulaire. Enfant vivant. Insertion marginale. Hystérectomie en bloc. Enfant extrait vivant.

Madame S., âgée de 46 ans, enceinte pour la 8° fois, entre à la clinique le 26 octobre 1928 au 8° mois de sa gestation pour des hémorragies. Les 7 gestations précédentes ont été normales et se sont terminées par l'accouchement d'enfants qui sont tous actuellement vivants (sauf l'un d'eux mort accidentellement). Au cours de la gestation actuelle, la femme a perdu du sang presque continuellement. Au cours des derniers jours, les hémorragies ont été plus abondantes, et, le 25 octobre, la femme a perdu les eaux puis a commencé à éprouver des contractions utérines douloureuses.

Examen à l'entrée : le 26 à 10 h. 30. L'hémorragie a complètement cessé. L'utérus a une hauteur de 30 cm. Le fœtus est vertical et a la tête en bas. Il est vivant. L'état général est bon, la température est normale. Enfin, l'apparition des contractions utérines douloureuses permet d'espérer l'évolution normale et spontanée de l'accouchement. A 16 heures : 14 h. 30 après la rupture des membranes apparaissent de signes graves d'infection amniotique. Frisson. Température à 40°. Pouls à 130. Liquide amniotique fétide. L'utérus est souple. La dilatation du col est restée stationnaire. Les contractions utérines ont complètement cessé et les B. du C. foetal ne sont plus perçus.

M. PORTES pose l'indication d'une hystérectomie en bloc pour infection ovulaire.

Intervention. — (D^r RAVINA). Hystérectomie totale, avec difficulté d'hémostase dans la base du ligament large. Mickulicz avec trois mèches bien tassées et drains. Parois au fil de bronze. L'ouverture immédiate de l'utérus a permis d'extraire un enfant vivant pesant 1.560 gr. criant aussitôt. Le placenta est inséré bas en variété marginale.

Suites opératoires : Longues et fébriles. Première amélioration ayant suivi immédiatement l'intervention : la température baisse ; le ventre est souple. Mais, le lendemain de l'ablation du Mickulicz (14° jour) la température remonte à 38°5. L'abdomen se ballonne. Le 19° jour frissons avec temp. à 40° et hémocultures négatives. Cette aggravation de l'état général n'est qu'épisodique : la température descend lentement mais progressivement et l'état local s'améliore. Par la plaie abdominale se produit un écoulement de pus abondant en même temps qu'une désunion partielle fait apparaître une anse intestinale. Le 25° jour se constitue une phlébite du membre inférieur gauche qui évolue rapidement de telle sorte que au 35° jour l'œdème a presque totalement disparu. La femme quitte la clinique le 55° jour après l'opération. La plaie abdominale est presque totalement cicatrisée. L'enfant pesant 2.600 gr. est en excellent état et a dépassé de 1.000 gr. son poids de naissance.

XXV^e Obs. 861, ann. 1929.

RESUME. — 5^e gestation. Hémorragies avant le début du travail et fièvre. Enfant vivant. Hystérectomie avec drainage. Guérison.

Madame F., âgée de 31 ans entre à la clinique le 8 mars 1929 au cours de sa 5^e gestation pour des hémorragies continues ayant débuté au 4^e mois de la dite gestation. Ses antécédents obstétricaux sont chargés : d'un premier procréateur, la femme a eu successivement en 1922, 1923 et 1924 trois enfants nés spontanément à terme et actuellement bien portants. D'un nouveau procréateur, la femme a eu en 1928 une quatrième gestation interrompue au bout de 3 mois 1/2 par un avortement ayant nécessité un curetage. La gestation actuelle (5^e) a été compliquée par des hémorragies. Les dernières règles se sont terminées le 8 août 1928. La femme enceinte d'environ six mois au moment de son entrée a saigné pour la 1^{re} fois vers le début du 4^e mois. Les hémorragies ayant présenté toujours le même caractère : spontanées, abondantes, non douloureuses, cessant spontanément, se reproduisant d'une façon irrégulière ; d'abord tous les huit jours environ, puis d'une façon presque continue ; dans les jours qui ont précédé l'entrée à la clinique la femme a présenté des syncopes en même temps qu'un affaiblissement important. A son entrée, la femme est pâle et son état général reste satisfaisant : pouls à 88, 3.000.000 globules rouges avec 70% d'émoglobine. Localement on trouve les signes d'une gestation d'environ six mois, avec un enfant vivant. Le toucher vaginal ne donne aucun signe physique lié à l'existence d'un placenta bas. La femme reste en observation pendant un mois au cours duquel ne se produisent que de petites hémorragies peu abondantes ; néanmoins, le Professeur COUVELAIRE conclut à la nécessité d'une césarienne suivie d'hystérectomie en raison de la répétition des hémorragies, de la médiocrité de l'état général et de la multiparité de cette femme. Cette intervention devra être pratiquée, soit au début du travail, soit auparavant s'il survenait une hémorragie abondante. Le 20 avril à 13 heures, survient une hémorragie qui s'accroît rapidement et devient abondante ; en même temps, la femme fait un frisson (temp. 38°6, pouls 112). On fait une transfusion de 305 gr. de sang pur qui est bien supportée par la femme. L'hémorragie continue et augmente de plus en plus, l'état général s'altère de sorte que le D^r PORTES pose l'indication de l'intervention.

Intervention. — (D^r PORTES). Anesthésie à l'éther, hystérectomie corporelle ; extraction d'un enfant vivant pesant 2.020 gr. Le placenta est laissé en place ; l'hystérectomie faite suivant le procédé habituel ; section supra-vaginale ; fermeture de la tranche vaginale ; ligature en bloc des ligaments ronds et utéro-ovariens ; mickulicz ; paroi en trois plans. Les suites opératoires ont été favorables, poussées fébriles à 40° le 10^e jour à l'occasion de la rétention de pus derrière le sac du mickulicz ; la femme sort le 43^e jour après l'opération complètement guérie.

XXVI^e Obs. 1.717, ann. 1929.

RESUME. — 11^e gestation. 3 enfants vivants. Hémorragies à répétition. Reprise pendant le travail. Echec de la rupture artificielle des membranes. Placenta recouvrant. Hystérectomie en bloc. Guérison.

Madame R. M., âgée de 31 ans, est amenée à la clinique au cours du 6^e mois de sa 11^e gestation pour des hémorragies abondantes.

Les antécédents pathologiques et obstétricaux de la femme sont lourdement chargés. A l'âge de 30 ans, a fait une lésion pulmonaire au cours de

laquelle on a constaté l'existence de Bacilles de Kock dans ses crachats avec une infiltration fibreuse du sommet droit. Traitée en sanatorium pendant une année, la femme a commencé la gestation actuelle alors que les signes cliniques de tuberculose pulmonaire s'étaient atténués et que l'expectoration ne contenait plus de bacilles. Son passé obstétrical comporte les caractéristiques suivantes : les 5 premières gestations issues d'un premier procréateur se sont terminées par des accouchements normaux d'enfants vivants, mais morts en bas âge à l'exception d'un seul. Les 5 gestations suivantes de la 6^e à la 10^e issues du procréateur actuel se sont terminées par deux accouchements à terme, d'enfants vivants, dont un seul est actuellement en vie. Les 8^e, 9^e et 10^e gestations : par des avortements aux 2^e, 3^e et 5^e mois.

La gestation actuelle a été bien supportée pendant les cinq premiers mois (D. R. du 4 au 6 janvier 1929).

Dans la nuit du 31 juillet au 1^{er} août, 7^e mois, se produisit spontanément, sans douleur pendant le sommeil une hémorragie abondante qui baignait la malade et qui cessa spontanément dans la journée suivante. Le lendemain, 2 août, se produit dans les mêmes conditions une hémorragie plus abondante encore, spontanée et nocturne. La femme entre dans la matinée suivante à la clinique Baudelocque et se trouve dans l'état suivant :

Femme en bon état général, hauteur U. 30 cmes. Présentation du siège avec enfant vivant. L'écoulement sanguin persiste jusqu'à 13 heures où se produit le début du travail. Au toucher, le col est perméable et permet au doigt de sentir une masse qui donne l'impression qu'il s'agit de tissu placentaire.

Après trois heures de travail survient une reprise de l'hémorragie l'enfant est toujours vivant mais la présentation reste mobile au-dessus du détroit supérieur, au toucher le col est dilaté comme un franc mais dur, peu extensible, et fait arriver sur du placenta qui est nettement identifié et occupe toute la zone de dilatation cervicale. On procède à une tentative de rupture artificielle des membranes (Mlle BACH) qui sont cherchés en avant et à droite, cette manœuvre est infructueuse et l'hémorragie continue laissant cependant la femme dans un état général relativement bon (faciès coloré, pouls à 90 et bien frappé). Une nouvelle tentative de rupture artificielle des membranes est tentée par M. SÉGUY qui malgré l'état de rigidité cicatricielle du col arrive, quoique difficilement, à réaliser cette manœuvre. Quatre heures après la rupture des membranes l'hémorragie ne s'est pas reproduite, mais la présentation reste élevée sans tendance à l'engagement, les contractions utérines sont rares et peu énergiques mais surtout l'état général de la femme s'altère. Faciès pâle, pouls à 100, tendance syncopale. L'indication d'une intervention chirurgicale est posée sur placenta de type recouvrant, dilatation stationnaire d'un col scléreux, présentation restant élevée après la rupture des membranes, aggravation progressive de l'état général.

Malgré que les bruits du cœur ne furent plus perçus on pose l'indication d'une opération mutilatrice chez cette femme grande multipare.

Intervention. — (D^r SÉGUY). Hystérectomie sub-totale en bloc exécutée suivant le procédé habituel et réalisée sans incident ; drainage par mikulicz et fermeture en un plan au bronze. Anesthésie à l'éther.

Suites opératoires : très satisfaisantes et apyrétiques. La femme sort de la clinique le 31^e jour après l'intervention.

XXVII^e Obs. 106, ann. 1930.

RESUME. — 2^o pare. Hémorragies de la gestation plus abondantes au début du travail. Insertion recouvrante. Hystérectomie. Guérison.

Madame G., âgée de 32 ans, enceinte pour la 2^e fois entre à la clinique le 24 décembre 1929, pour une hémorragie abondante survenue au 9^e mois de la gestation actuelle (D^r R.; le 20 avril). La femme a un enfant vivant. La gestation actuelle a été normale jusqu'au 8^e mois. Le 12 novembre s'est produite une légère hémorragie qui ne dura que quelques heures et cessa spontanément, puis le 24 décembre, une 2^e hémorragie spontanée et abondante qui amène la femme à la clinique. Examinée à son entrée, on trouve une présentation du siège incliné dans la fosse iliaque gauche. L'enfant est vivant, la femme continue à perdre, suintement hémorragique peu abondant. Au T. le col est ramolli mais fermé, et ne permet pas de sentir le pôle inf. de l'œuf. L'état général est bon, pouls à 76, température normale.

La femme est mise en observation dans le service où son état reste stationnaire sans reprise d'hémorragie jusqu'au 17 janvier 1930.

Le 17 janvier 1930 se produit brusquement une hémorragie extrêmement importante qui, d'emblée, amène une aggravation subite de l'état général; extrémités froides, pouls très rapide et mal frappé. L'enfant est toujours en présentation oblique élevée et vivant. Au T. : le col très élevé est dilaté comme deux francs, on sent, dans son aire, du tissu placentaire qui en occupe la totalité. Les membranes sont inaccessibles. Indication d'intervention chirurgicale posée sur : placenta recouvrant, l'état d'anémie aiguë. La médiocrité de l'état général entraîne la décision de pratiquer une intervention mutilatrice.

Intervention. — (D^r DIGONNET). Hystérectomie corporéale. Extraction d'un enfant très pâle mais qui présente des battements de cordon. Le placenta est complètement recouvrant et le centre du placenta est au voisinage de l'orifice du col. On pratique l'hystérectomie sans faire la délivrance de façon à éviter toute hémorragie. Fermeture de l'utérus à l'aide de trois pinces de MUSEUX, puis hystérectomie supra-vaginale, sans particularité avec ablation des deux ovaires. Péritonisation. Fermeture de la paroi en trois places suivant le procédé habituel.

A noter qu'il existait quelques adhérences obturant en partie le cul de sac de Douglas. L'enfant vivant pèse 2.800 gr.

La mère et l'enfant partent de la clinique le 31^e jour après l'opération en état de complète guérison.

XXVIII^e Obs. 1.649, ann. 1931.

RESUME. — 5^o pare, 36 ans. Hémorragies de la gestation. Anémie. Fièvre après rupture prématurée des membranes. Hystérectomie avec drainage. Guérison.

Madame T., âgée de 36 ans, entre à la clinique le 2 juillet 1931, pour des hémorragies survenues au 7^e mois de sa 5^e gestation. Les 5 gestations précédentes se sont terminées par des accouchements à terme avec une présentation du siège et deux applications de forceps. Elle a quatre enfants vivants. La gestation actuelle a été bien supportée (D. R. 9 novembre 1930); au 7^e mois, 23 juin 1931, la femme fait une hémorragie spontanée et nocturne qui cesse rapidement. Le 2 juillet, elle fait une seconde

hémorragie offrant les mêmes caractères que la 1^{re} et qui l'a fait entrer à la clinique. Examinée alors, la femme a encore un léger suintement sanguin. H. U. 29 cm. Tête au détroit supérieur et enfant vivant. Le col perméable permet d'arriver sur le pôle céphalique à travers les membranes qui sont lisses. Après deux jours de repos l'hémorragie a cessé et le 4 juillet à 19 heures la femme fait une rupture prématurée des membranes sans reprise d'hémorragie. Le 6 juillet, la femme n'est pas entrée en travail, elle a tout au plus éprouvé quelques douleurs dans la région lombaire, mais on est frappé par son état général qui s'est rapidement altéré, femme fatiguée, fébrile (temp. 38°5) pouls à 104, langue saburale. L'utérus est souple le fœtus en présentation verticale est vivant. Au T. le col n'est pas effacé et dilaté comme un franc. Les membranes sont rompues depuis 39 heures au moment de l'examen. Le doigt ramène un écoulement purulent et fétide. Pendant le cours de l'examen aucune contraction utérine ni douloureuse, ni indolente n'a été constatée. Enfin, l'examen général complet de la femme s'est montré négatif, tout au plus trouve-t-on à la base du poumon droit quelques très légers runcus qui ne peuvent expliquer l'état d'infection dans lequel se trouve la femme. On pose le diagnostic d'infection ovulaire après rupture prématurée des membranes, sans début de travail chez une femme ayant 4 enfants vivants et qui a présenté au cours de la gestation actuelle un syndrome hémorragique par insertion vicieuse du placenta probable.

Après avis du D^r PORTES, on pose l'indication d'une hystérectomie immédiate, motivée par : l'infection ovulaire, la multiparité de la femme, et la persistance de la vie de l'enfant.

Intervention. — Anesthésie au chloroforme. (D^r DIGONNET.)

1° *Césarienne corporéale.* — Après protection très soigneuse de la cavité abdominale et du pantant utérin, extraction d'un enfant pesant 2.240 grammes criant dès sa naissance. On note la fétidité de l'enfant et l'absence presque totale de liquide amniotique. Le placenta est inséré sur la face postérieure et latérale droite dans sa partie inférieure de telle sorte que le bord inférieur du placenta ne peut être repéré car il descend au voisinage du col. L'insertion du cordon est centrale. Le placenta est laissé en place. On termine par la fermeture de la tranche utérine qui est soigneusement obturée par six pinces de MUSEUX. Après un iodage de toute la surface utérine, on procède au 2^e temps.

2° *Hystérectomie supra-vaginale*, faite suivant le procédé habituel, la section du col est faite au-dessous de deux plans qui ferment la cavité utérine et empêche l'écoulement de ce qui peut rester dans la cavité ovulaire. Péritonisation et Mikulicz avec deux mèches. Fermeture de la paroi en trois plans.

Prélèvement aseptique du liquide contenu dans la cavité ovulaire.

La pièce est conservée dans le formol après avoir bourré la cavité utérine de coton hydrophile. Le placenta est resté en place, la tranche utérine est suturée.

Examen bactériologique du liquide prélevé dans l'utérus. Résultat : deux sortes de bâtonnets, les uns mobiles au mouvement de reptation. Gram positif, bâtonnets gros, à bouts arrondis, à spore médiane, incurvés en chaînettes : caractères du vibrion septique. Les autres sont mobiles, à extrémités moins arrondies que les précédents, gram positif, en longues chaînettes : *ballonensis* probables ; en outre, quelques chaînettes de streptocoques.

Suites opératoires : Pendant les premiers jours il fut administré à la femme 240 cc. de sérum antistreptococcique et antigangréneux (de l'Institut PASTEUR).

Contre toute attente, les suites opératoires furent remarquablement bonnes et pour ainsi dire apyrétiques. La température était revenue à 37° au 4^e jour et le mikulicz enlevé le 8^e. Le 20^e jour la mère et l'enfant étaient en parfait état de bonne santé.

XXIX^e Obs. 1.723, ann. 1931.

RESUME. — 1^{re} pare, 37 ans. Hémorragies à répétition plus abondantes au début du travail. Œuf ouvert. Fièvre. Hystérectomie. Guérison.

Madame F., âgée de 37 ans, entre à la clinique une 1^{re} fois le 16 juin 1931 pour de l'albuginurie survenue au 7^e mois de sa première gestation. Après huit jours de traitement diététique et de repos la femme rentre à son domicile.

Elle entre à nouveau le 5 juillet 1931, parce qu'elle a présenté dans la nuit précédente une hémorragie abondante, spontanée. Examinée alors, on trouve un utérus de 32 cm. avec une présentation verticale et une tête très mobile au-dessus du détroit supérieur. L'enfant est vivant. Au T. on constate que l'hémorragie continue : suintement permanent, le col, est très élevé, fermé, il semble que la portion segmentaire de l'utérus appréciée à travers le cul de sac postérieur du vagin présente une épaisseur anormale. Il n'y a pas de début de travail. La femme est mise en observation et, du 5 au 15 juillet, l'hémorragie se reproduit chaque jour amenant une aggravation progressive de l'état général : femme pâle, numération globulaire 3.280.000 G. R. Pouls à 100, tension artérielle 10,5/7,5. Localement l'état reste le même. La présentation est toujours élevée et l'enfant vivant. Le 15 juillet, à onze heures, la femme présente un frisson après lequel la température est à 39°. Dans les deux heures qui suivent elle monte à 39°5 et 39°9. La femme éprouve quelques légères douleurs de contractions utérines. L'hémorragie persiste sous forme d'un suintement. L'enfant est toujours vivant. Après avis de M. le D^r PORTES on pose l'indication d'une césarienne mutilatrice sur : 1° infection ovulaire ; 2° anémie antérieure marquée avec hémorragies répétées ; 3° la primiparité chez une femme de 37 ans désirant vivement avoir un enfant vivant.

Intervention. — (D^r DIGONNET). Laparatomie médiane, césarienne corporéale, extraction d'un enfant vivant pesant 3.500 gr. Fermeture de l'utérus par six pinces de Museux. Protection soigneuse de la cavité abdominale. Hystérectomie sub-totale. Péritonisation et fermeture sans drainage.

Les suites opératoires ont été très bonnes et apyrétiques. Le 4^e jour, la température est à 37° où elle se maintient.

XXX^e Obs. 300, ann. 1928.

RESUME. — 2^e pare, 26 ans. Femme accouchée après pose de ballon et version pour hémorragie du travail. Reprise d'hémorragie après délivrance artificielle. Crainte de rupture utérine. Hystérectomie sur utérus évacué. Guérison.

Madame B., âgée de 26 ans, enceinte pour la deuxième fois, entre à la clinique aux environs du 5^e mois de sa gestation pour une hémorragie. La 1^{re} gestation normale s'est terminée par l'accouchement à terme d'un enfant actuellement vivant. L'hémorragie de moyenne abondance, pour laquelle la malade rentre à la clinique, a été le premier incident de cette gestation. Elle a cessé spontanément de telle sorte que la malade a quitté l'hôpital le

25 janvier. Dix jours après, se produit, sans reprise d'hémorragie une rupture prématurée des membranes avant tout début de travail. La femme est alors au sixième mois de sa gestation. Examinée à son entrée on trouve un utérus souple contenant un fœtus dont les bruits du cœur ne sont pas perçus et se présentant par le siège. On constate l'ouverture des membranes et l'écoulement de liquide amniotique. Le col n'est pas dilaté. Temp. normale. Dix-huit heures après l'ouverture de la poche des eaux, la femme commence à perdre du sang sous forme de caillots ; et du sang noirâtre. Le col est perméable et laisse sentir une languette de placenta empiétant sur la moitié postérieure de l'orifice cervical. La situation reste la même jusqu'au 7 février. Quarante heures après la rupture de la poche des eaux, les contractions douloureuses de l'utérus n'ont pas apparu. La température de la femme s'est élevée à 38 et le pouls à 120. Pose d'un ballon de 400 grammes introduit dans l'œuf et placé au-devant du placenta et au-dessous du siège en vue de déclancher le travail.

Les douleurs apparaissent régulièrement dès la mise en place du ballon. Celui-ci est expulsé spontanément au bout de 4 h. 1/2 accompagné de caillots abondants (300 grammes). La dilatation du col a alors atteint une petite pomme et le placenta recouvre la presque totalité de l'orifice cervical. Devant la difficulté de replacer un ballon, on décide d'abaisser un pied.

Version : celle-ci se révèle difficile. On ne retrouve, en effet, pas l'orifice de rupture des membranes de sorte que l'on perfore le placenta dans sa partie antérieure. Après avoir pénétré dans l'œuf, la main trouve facilement le pied qui est abaissé. Les contractions utérines réapparaissent en même temps que l'hémorragie s'arrête.

Expulsion spontanée à 16 heures d'un enfant mort, pesant 1.060 gr. La sortie de la tête a donné lieu à une légère difficulté. Comme elle ne sortait pas spontanément et qu'elle était retenue par le col on a aidé son extraction en la fléchissant par un doigt introduit dans la bouche. Délivrance artificielle immédiate et qui trouve le placenta occupant la face postérieure de l'utérus du col jusqu'au fond. Révision utérine qui ne trouve qu'une déchirure de la lèvre gauche n'atteignant pas le fond du cul de sac : il n'est pas précisé si la révision a été faite au doigt ou sous le contrôle de la vue. Reprise de l'hémorragie après la délivrance. C'est une hémorragie importante qui continue après injection d'ergotine et nécessite un tamponnement utéro-vaginal très serré. La femme est alors en état satisfaisant. Pouls à 102. Traitement général par sérum intra-veineux (900 gr.). Huile camphrée (10). Caféine et adrénaline.

Deuxième reprise de l'hémorragie survient une heure après le tamponnement utéro-vaginal. La femme perd 200 à 300 gr. de sang. L'état de la femme devient inquiétant. Faciès altéré. Refroidissement. Pouls à 140.

Traitement d'urgence immédiat : compression de l'aorte et transfusion de 350 gr. de sang pur.

L'hémorragie reprend dès que la compression aortique cesse. On décide de pratiquer une hystérectomie d'urgence.

Intervention. — (D^r LACOMME). Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine est normal, ligature et section des quatre pédicules utérins : au cours de la section des ligaments larges gauches, on trouve une suffusion sanguine occupant la base du ligament près de l'utérus. Section supra-vaginale du col. Suture du col utérin. Fermeture de la paroi au bronze après mise en place d'un Mikulicz. L'intervention a duré 30 minutes en totalité.

Suites opératoires satisfaisantes. La femme quitte la clinique le 22 mars (44^e jour).

VIII

CONCLUSIONS

L'étude des 146 observations d'hémorragie par insertion vicieuse du placenta traitées à la Clinique Baudelocque de 1920 à 1931, permet d'arriver aux conclusions suivantes :

1) Les hémorragies par insertion vicieuse du placenta nécessitant un traitement peuvent être réparties en deux groupes : Les Cas simples et les Cas graves.

a) **Les cas simples.** — Les plus fréquents liés à une insertion voisine du col permettant facilement l'accès sur la partie membraneuse du pôle inférieur de l'œuf ont pu être traitées uniquement par la rupture large des membranes, qui donna pour les mères le plus grand succès et pour les enfants des résultats relativement satisfaisants.

b) **Les cas graves** liés le plus souvent à une insertion débordant sur l'orifice cervical posent le problème du choix entre les méthodes obstétricales et chirurgicales.

2) **Les méthodes obstétricales** employées dans les cas graves ont consisté en pose de ballons ou versions podaliques sans extraction immédiate (la dilatation forcée du col et le tamponnement étant exclus). Elles ont été utilisées dans les circonstances suivantes : hémorragies survenues chez des femmes dont l'utérus paraissait avoir une valeur fonctionnelle normale et avec une dilatation franchement commencée.

Employées dans ces conditions, elles ont permis d'obtenir en bloc pour les mères des résultats comparables à ceux de la chirurgie conservatrice, mais elles gardent un caractère d'insécurité tenant aux risques d'infection et de reprise d'hémorragie après l'accouchement. Elles sont toujours redoutables pour les enfants.

3) **Le traitement chirurgical** utilisé dans les cas graves a donné d'excellents résultats chaque fois qu'on avait adopté la solution de sécurité c'est-à-dire *l'hystérectomie*. L'hystérectomie est indiquée chaque fois que les conditions cliniques ne sont pas parfaites ; c'est-à-dire quand il y a une fièvre même

légère, quand la femme a eu plusieurs hémorragies successives ayant pu laisser dans le col des caillots infectés, enfin quand l'état très grave d'anémie aiguë interdit de courir le risque d'une hémorragie secondaire. En dehors de ces circonstances de gravité particulière elle peut être légitimée par la médiocrité fonctionnelle de l'utérus, ou la multiparité des patientes.

4) **Les opérations césariennes conservatrices** qui n'assurent pas une sécurité aussi grande que l'hystérectomie vis-à-vis du risque d'anémie ou d'infection gardent leur place. Elles sont de mise chez les femmes jeunes, avec enfant vivant et viable dont l'anémie est modérée et chez lesquelles le risque d'infection ne paraît pas spécialement à craindre. Suivant les circonstances, on utilisera les techniques de césarienne corporéale, basse, ou suivies d'extériorisation temporaire de l'utérus.

5) **Les transfusions de sang** pré ou post-opératoires ont contribué à améliorer les résultats en permettant aux patientes de faire les frais des interventions.

Vu : *Le Doyen,*
BALHAZARD.

Vu : *Le Président de Thèse,*

Couvelaie

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

IX

BIBLIOGRAPHIE

- ABD EL NOUR. — Les Méfaits du Tamponnement Vaginal dans le Pl. Pr. démontré par les statistiques. *Thèse Paris* 1895.
- AHLFELD ET ASCHOFF. — Sur la genèse du Pl. Pr. *Zeit f. Geb und Gyn. T : L. I.*, p. 563.
- ALLEN (E. P.). — Placenta Praevia. *Karthur Med. Jour.* Octobre 1926, p. 321.
- ARNOLD. — Zur behandlung der Pl. Pr. *Helvetia* - 1915 - p. 94.
— Traitement du Pl. Pr. *Hegars Beitrage XIX* - p. 28.
- ARTONI DE SAINT-AGNÈSE. — Sulla cura della placenta praevia centrale. *Atti della Societa Italiana d'Obstetrica et Gyn.* 1923 - p. 547.
- ASCHOFF. — La raison et la nécessité du terme « isthme utérin ». *Deutsche pathologische Gesellschaft* - 1908 - p. 314.
— Le Segment inférieur de l'utérus. *Zeitschrift für Geb. und Gyn. LVIII* - p. 643.
- AUBERT. — Quelques indications de l'opération césarienne en dehors des bassins rétrécis. *Rev. Méd. Suisse Romande* - 1917 - p. 703.
- AUDEBERT ET ESTIENNY. — 3 cas de Césariennes basses pour placenta praevia. *Bulletin Soc. Obst. et Gyn.* 1932, p. 632.
- AUDEBERT. — La Cicatrice utérine après la Césarienne. *Gyn. et Obst.* 1923 - T. VIII p. 487.
- AUVARD. — De la conduite à tenir dans les cas de placenta praevia. *Thèse d'agrégation, Paris* 1886.
- AVELLA (G.). — Formes et dimensions du Pl. Pr. *Arch. d'Obst. et Gyn.* n° 12 - 15 Octobre 1926.
- BAISCH. — Der Kaiserschnitt beim engen Becken und bei Pl. Pr. auf Grund von 105 Fällen. *Wurttemberg Korrespondanz Blatt* - 1919 - p. 251.
- BALARD. — Placenta praevia - *Journal de Médecine de Bordeaux.* 25 Août 1925.
— Sur un cas de pl. pr. central traité avec succès par les méthodes obstétricales. *Gazette Hebd. des Sc. Médicales de Bordeaux.* 29 Nov. 1925.
— Une série continue de 48 hémorragies par placenta praevia (traitement obstétrical et chirurgical). *Revue Fr. Gyn. et Obst.* - 1932 n° 6.
- BALLHORN (W.). — Zur Placenta Praevia Therapie. *Arch. für gyn.* - Mars 1925.
- BAR. — Quelle place convient-il d'attribuer à l'opération césarienne haute parmi des observations obstétricales ? *Archives mensuelles de Gyn. et d'Obst.* - Février 1919.
— Leçon de la Clinique Tarnier. *Journal des Praticiens* - Mai 1909 - n° 19.

- Traitement du Placenta Praevia : *Journ. Méd. et Chis. Prat.* 9909, p. 812.
- Traitement chirurgical des hémorragies de la grossesse, de l'accouchement, et de la délivrance. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris* - Juillet 1912.
- BARNES (Robert). — *Lancet* 1847 (in thèse agrégation Auvrard p. 76).
— *Leçons sur les opérations obstétricales* - Paris 1873, p. 399.
— *The Physiology and treatment of Pl. Pr. Londres-Churchill* - 1858.
- BARNEY (W. R.). — Pl. Pr. et décollement du placenta. *Ohio State Med. Journ.* - 1^{er} Nov. 1925.
- BARRIS (John). — Diagnostic et traitement du Pl. Pr. *British Med. Journal* - 2 Octobre 1926.
- BAUX. — Trois cas de Pl. Pr. central. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris* - n° 7 - 1924.
- BAYER (H.). — Der Isthmus uteri und der placenta isthmica. Ein Beitrag zur Frage des Kaiserschnittes bei Placenta Praevia. *Beitrage zur Geb. und. Gyn.* - 1909 - n° XII.
- BEUTTNER. — *Revue médicale de la Suisse Romande.* - Juin 1920, p. 373.
- BICHARA. — *Thèse Montpellier*, 1930. Le traitement du Pl. Pr. par le Procédé de DELMAS.
- BILL. — Treatment by prophylactic blood transfusion and cesarian section in Pl. Pr. *Amer Journ. of Obst. and Gyn.* Oct. 1927 p. 523.
- BLAKER. — The limitation of cesarean section. *The journal of Obst. and Gyn. of the B. Empire* - 1921, p. 447.
- BLUMREICH. — La réforme de la thérapeutique du Pl. Pr. *Berlin. Kl. Woch.* - 1909 - n° 1, p. 385.
- BOCKELMANN. — Sur le traitement des pl. pr. *Rassegna d'obst. et Gyn.* - 1913 - n° 2.
- BONNAIRE. — *Presse Médicale* 14 Août 1897. Placenta praevia hémorragique et accouchement méthodiquement rapide.
- BOQUEL. — Hémorragie de la grossesse : pl. pr. et césarienne. *Archives mensuelles d'Obst et de Gyn.* - 1918 - p. 191.
- BOVIS (de). — Le traitement chirurgical du placenta praevia est-il justifié ? *Semaine médicale* 1911 - n° 36.
— Les hémorragies du post-partum du placenta praevia et leur hémostase. *Semaine médicale* 1909 - n° 8.
- BOUWER-SIETZE. — Kaiserschnitt bei placenta praevia. Thèse de 1923 - Groningen.
- BRAXTON-HICKS. — Trans. of London obst. soc. - 1864 - p. 219. *Journ. Méd. de Paris* - 1891 p. 44 : le Pl. Pr. et son traitement.
- BRINDEAU. — Traitement du placenta praevia (in Bar, Brindeau, Chambréant).
— Quelques réflexions à propos de la césarienne sus-pubienne. *In Gyn. et Obst.* - 1923 - t. VIII p. 594.
— A propos d'un cas d'opération césarienne pour pl. pr. Communication à la *Soc. d'Obst. Gyn.* - 1921 - t. IV, p. 58.

- Traitement des hémorragies dans les pl. pr. *Zbl f. Gyn.* - 1914. S. 1517.
- BRINDEAU ET BAILLIS. — Un cas de pl. pr. traité par la méthode de DELMAS ; mort *Bull. Soc. Obst et Gyn. Paris* - 1930 - p. 225.
- BROUHA (Liège). — A propos du traitement du Pl. Pr. par l'hystérectomie abdominale (*Congrès 1922 - Gyn. et Obst. 1922* - p. 198).
- Traitement chirurgical du placenta praevia. *Bull. Ac. Roy. Méd. de Belgique*, 1930, p. 837.
- BUCSAN. — Contributions à l'étude du traitement des hémorragies par insertion basse du placenta. *Thèse Paris* - 1928.
- CARUSO (F.). — Proposte relative al trattamento della placenta praevia centrale. *Ardinio de ostetrico et genico* - 1900 - p. 408.
- CATHALA. — Opération césarienne conservatrice pour I. V. P. *Société obst. et Gyn. Paris* - Décembre 1913.
- CHAMPETIER DE RIBES. — Le traitement des hémorragies par I. V. P. *Ann. gyn. et obst.* - 1911 - p. 218.
- De l'accouchement provoqué à l'aide de ballons introduits dans la cavité utérine pendant la grossesse. *Ann. Gyn.* 1888 - p. 432.
- CHEVAL (M.). — Deux cas de pl. praevia central *Société belge d'obst. et de Gyn.* - Février 1922.
- CLEISZ. — Deux cas de pl. pr. avec hémostase à la Simpson. *Soc. obst. et Gyn. Paris* - Déc. 1923.
- COIRIN (H.). — Le Placenta Praevia - *Thèse de Strasbourg* - 1920.
- COLL DE CARRERA. — La méthode de DELMAS sans le traitement du Pl. Pr. *Bull. Société Obst. et Gyn.* - 1929 - p. 377.
- COUINAUD. — Thèse de Paris 1919. Les opérations césariennes en dehors du rétrécissement du bassin.
- COUVELAIRE. — Remarques sur l'irrigation artérielle du segment inférieur de l'utérus. *Ann. Gyn. et Obst.* Août 1910 - p. 467.
- A propos du traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta. *Ann. Gyn. et Obst.* Août 1911 - p. 210.
- Traitement chirurgical des hémorragies par décollement du placenta normalement et vicieusement inséré. *Ann. Gyn. et Obst.* 1912 - p. 539-558 (Rapport au Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique de Berlin 1912).
- Indication de l'opération césarienne conservatrice par voie abdominale en dehors des rétrécissements du bassin. *Gyn. et Obst.* 1921. T. IV. - p. 358-370 (Rapport au Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française - Octobre 1921).
- Avenir obstétrical des femmes ayant subi l'opération césarienne portant sur le corps de l'utérus (*Gyn. et Obst.* 1921 - T. II. - p. 226).
- Le Traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta. Conférences d'Obstétrique et de Gynécologie à la Faculté de Médecine de Paris 1926. *In information Médical* : 11 Avril 1926.
- Le traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta. *Pratique médicale Française* - Avril 1932.

- DADLEY. — The modern cesarean section, and ideal methode of treatment for placenta praevia. *New-York Journal Medical* - 1900.
- DALEAS ET Gaby GASPARROU. — Placenta central traité par la méthode de Simpson. *Bull. de Soc. Obst. et Gyn. Paris* - n° 6 - 1925.
- DAVIS. — La thérapeutique des pl. pr. *Z. bl. Gyn.* - 1915 - S. 352.
- DEFLANDRE. — Du placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus. *Thèse de Lille* - 1911.
- DE LEE. — The principle and Practice of obstet. *New-York* - 1919.
— Discussions au Congrès de Londres - 1913.
- DELMAS (P.). — Un cas de pl. pr. central. *Société d'Obst. de Montpellier* - Juillet 1921.
- DEMLIN ET DEVRAIGNE. — Insertion vicieuse du placenta. Manuel de l'Accoucheur - p. 627.
- DEMLIN. — Le segment inférieur. *Thèse de Paris* - 1888.
— A propos de la théorie par laquelle Simpson expliqua l'hémorragie et l'hémostase dans le cas d'insertion vicieuse du placenta. - *Revue française de Gyn. et d'Obst.* - Mai 1914.
— De l'insertion vicieuse du pl. dite complète. *Annales obstétric. de France* - 1893 - p. 48.
- DEPKEN. — Le traitement du placenta praevia. *Zbl. f. Gyn.* - 1924 - n° 7 a p. 298.
- DESNOYERS. — Hémorragies par insertion basse du placenta Clinique Baudelocque - *Leçon* 1930.
- DEVRAIGNE. — Métrite et Gestation (Leçon à la clinique Baudelocque 1929).
- DEVRAIGNE ET PRIOLLET. — 2 accouchements à la DELMAS pour insertion basse du placenta - *Bull. Soc. Obst. Gyn.* - 1930 - p. 410.
- DEVRAIGNE. — Métrite et Gestation (Leçon à la Clinique Baudelocque de DELMAS. *Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris* - 1930 - p. 754.
- DOCAROS. — Opération césarienne pour pl. pr. central. *Soc. Obst. et Gyn. de Paris* - Juillet 1923.
- DODERLEIN. — Sitzungsbericht der Naturfoscher. *Zbl. f. Gyn.* - 1910 - p. 1377.
— Traitement des hémorragies de l'aire placentaire, liées au Pl. Pr. - *XVII^e Congrès International de Médecine, Londres* - 1913.
— Placenta praevia et hystérectomie vaginale antérieure. *Zbl. f. Gyn.* - 1911 - p. 938.
— Sur le placenta praevia. *Med. Woch.* - 1922 - n° 4.
— Placenta praevia et hystérectomie vaginale antérieure. *Ar. f. Gyn.* T. CII, p. 91.
- DOLERIS. — Rapport au Congrès de Pétersbourg - 1910 - in *Ann. Gyn. et Obst.* p. 519.
— De l'opération césarienne. *La Gynécologie* - 1911 - p. 181.
- DUHRSSSEN. — Sur le traitement des placentas praevia. *Berl. kl. Woch.* - 1909 - S. 2241.
- EARDLEY-HOLLAND. — Methods of performing cesarean section. *The journal of Obst. and Gyn. of the B. Empire* - 1921 - p. 349, vol. 28.

- The results of a collective investigation into cesarean section performed in Great-Britain and Ireland from the years 1911-1920 inclusive. *The journal of Obst. et Gyn. of the B. Empire* - 1921 - p. 358, vol. 28.
- EPARVIER ET CHARLEUX. — Rupture utérine au cours d'un placenta praevia central. *Réunion obstétricale de Lyon* - Février 1924.
- ESSEN-MOLLER. — Sur les résultats et les indications de la section césarienne abdominale. *Gyn. et Obst.* - 1920 - t. I, p. 157.
- Some point of view on the vaginal cesarean section in case of Pl. Praevia. *Acta obstetricia Scandinavia* - 1931 - vol. XI, p. 35.
- Vaginal caeserian section in Pl. Pr. *Journ. Obst. and Gyn. of Brit. Emp.* - 1932 - p. 227.
- FAURE (G.). — Contribution à l'étude des indications de la césarienne dans le pl. pr. *Thèse de Paris* - 1920.
- FRAIPONT (F.). — De l'opération césarienne dans le pl. pr. *Revue mensuelle de gyn. d'obst. et de Pédiatrie* - Septembre 1910 - p. 377.
- GARIPUY. — Opération césarienne pour placenta praevia. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.* - Novembre 1929 - p. 660.
- A. GINGLINGER ET S. TASSOVATZ. — Contribution à l'étude du placenta praevia. *Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst.* - n° 6 - Juin 1929 - p. 362.
- GRAFENBERG. — Traitement du pl. pr. *Med. Woch.* - 1908 - S. 1904.
- GREEN (J. S.). — Le placenta praevia au début de la gestation. *Méd. Journ. of Australia* - 4 Octobre 1924.
- GREENHILL (J. P.). — The Present Day traitment of Pl. Pr. *Gyn. et Obst.* - Janvier 1930 - p. 113.
- An analysis of 847 cervical cesarean section performed at the Chicago Lying Hospital *Am. Journ. of Obstand Gyn.* - 1931 - p. 613.
- Traitement actuel du placenta praevia, *Gyn. et Obst.* - 1930 - I, p. 113.
- GROSSE. — Opération césarienne conservatrice exécutée tardivement après rupture des membranes. *Revue mensuelle de gyn. et de Pediatie* - 1912 - p. 232.
- Traitement chirurgical des hémorragies par placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus. *Revue française de Gyn. et d'Obst.* - Août 1920.
- GUÉNIOT. — A propos de l'opération césarienne dans le placenta praevia. *Gyn. et Obst.* - 1920 - t. I, p. 464.
- GUÉRIN-VALMALE. — A propos du placenta praevia et du procédé de DELMAS. *Bull. Soc. Obs. et Gyn.* - 1929 - 632.
- GUILLEMEAU. — De l'heureux accouchement des femmes 1609 - p. 229.
- HANNES. — Méthode et conséquence de l'hystéureyse dans le pl. pr. *Med. Kl.* - 1908 - p. 1041.
- Placenta praevia Hystéureyse ou Braxton Hicks. *Zbl. f. Gyn.* - 1908 - p. 1382.
- Was leistet die moderne therapie bei Placenta Pr. *Med. Kl.* - 1908 - p. 1041.
- HAROLD MILLES. — Hémorragies de la gestation. *Atlantic medical journal* - Février 1925.

- HAUCH. — Hystérectomies abdominales pendant le travail. *Congrès des Gynécologues de langue française* - 1921.
- HENKEL. — La thérapeutique du placenta praevia. *A. f. gyn.* LXXXVI p. 688.
- HENROTAY. — Des indications des hystérectomies abdominales pendant le travail en dehors des angusties pelviennes. *Gyn. et Obst.* - 1921.
- HITSCHMANN. — La thérapeutique du Pl. Pr. Berlin - 1921.
- HITSCHMANN ET LINDENTHAL. — Über das Wachstum der Placenta. *Zbl. f. gyn.* - 1902 - n° 44.
- HITSCHMANN ET FRENNET. — Störungen und Ablösungen der Placenta. *Handb. von u. Winckel* - II. 2.
- HOFMEIER. — Thérapeutique du pl. pr. Münchn. Méd. Woch. 1910 - p. 1377 et *Monaschrift für Geburtshilfe und Gyn.* - Octobre 1922.
- HONEL ET BONNET (G.). — Sur un cas de placenta praevia total. *Soc. d'Obst. et de Gyn. d'Alger* - Février 1922.
- IQUACY NAVA. — Traitement de la basse insertion du placenta. *Gyn. Polska* - 1929 - Tome VIII.
- JARDINE. — Césarienne dans un cas de grossesse jumellaire avec placenta praevia. *Jour. of obstetrics and Gyn. of the B. Empire* - Décembre 1909 - p. 399.
- JASCHKE (V.). — Die Leistungs-fähigkeit der abdominellen Schustentbindung. *Zbl. f. Gyn.* - 1918 - S. 172.
- JEANNIN (C.). — Incision du col et césarienne vaginale. *Ann. Gyn. et Obst.* - 1910 - p. 840. Les nouvelles méthodes d'opération césarienne permettent-elles d'étendre les indications de cette intervention ? *Presse médicale* - 1910 - n° 6.
- De la place que l'on tend à présent à donner à l'opération césarienne vaginale parmi les méthodes d'évacuation rapide de l'utérus. *Presse médicale* - 13 Décembre 1910 - p. 989.
- Traitement de l'insertion vicieuse du Placenta. *Paris Médical* - Mars 1911 - p. 407.
- Comment doit-on traiter actuellement le placenta praevia : (*Journ. des Accoucheuses* - Juin 1931).
- KRAUL (L.). — A propos du placenta praevia. *Wiener med. die Wochenschrift* - n° 29 - 1927.
- KRAUSE. — Contribution sur la question du pl. pr. cervical. *Zbl. f. geb. u. gyn.* - 1921. LXXXIII - S. 413.
- KRONIG. — Zur behandlung der Pl. pr. *Zentb für Gyn.* - 1908 - n° 46 - p. 1497.
- Zur klinik der Pl. Pr. *Zbl. f. Gyn.* - 1909 - p. 505.
- Metreuryse bei Pl. Pr. *Zl. Blatt. f. Gyn.* - 1909 - p. 1177.
- Zur Kaiserschnitt bei pl. pr. *D. Med. Woch.* 1916 - p. 1178.
- KOUWER. — La section césarienne classique et la césarienne supra-symphysaire extrapéritonéale. *L'Obstétrique* - 1911.
- KOWALSKI. — Procédé thérapeutique en cas de placenta praevia *Gyneologie Polska* - 1929 - Tome VIII.

- LABUSQUIÈRE. — Revue générale : Les hémorragies par I. V. P. De la meilleure manière de les combattre d'après 2 maîtres de l'obstétrique française. *Annales Gyn. et Obst.* - 1896 - p. 60.
- LACOMME. — Sur les hémorragies par I. V. P. *Revue Méd. Française* - 1930 - p. 345.
- LAFONT. — A propos d'un cas de pl. pr. central. *Sté d'Obst. et de Gyn. d'Alger* - Décembre 1922.
- LAURENTIE. — *Société d'Obstétrique et Gynécologie Toulouse* - Juin 1920.
- LECLERE. — L'hystérectomie vaginale antérieure. *Thèse de Paris* - 1912.
- LE LORIER. — Des hémorragies gravidiques par suite d'I. V. P. *Leçon Clinique Baudelocque* - 1924.
- LEPAGE. — Traitement du pl. pr. Discussion au Congrès de Berlin - 1912. *Ann. Gyn. et Obst.* - p. 576.
- LEQUEUX. — A propos de deux cas pl. pr. traités par la césarienne. *Gyn. et Obst.* - 1920 - t. I., p. 303.
— Existe-t-il un traitement chirurgical du pl. pr. *Cours de la Clinique Tarnier* - Janvier 1924.
- LEROUX. — Observations sur les pertes de sang des femmes en couches. *Dijon* - 1776 - p. 195.
- L. A. LEVAUX. — Traitement chirurgical et non chirurgical des P. P. New. *Orléans Méd.* - Janvier 1927.
- LEVRET. — Observations sur les causes et accidents de plusieurs accouchements laborieux - 1747 et 1761.
— L'art des accouchements - 1761.
- LÉVY-SOLAL. — Le mécanisme de la mort par hémorragie. *Presse Médicale* - 1929 - p. 600. Le choc obstétrical. (*Presse Médicale* - 1932).
- LOMER. — On combined turning in treatment of Pl. Pr. *Ancr. Journ. of Obst.* - Déc. 1884 - p. 1223.
- MAGALHAES. — Technique et indications à l'opération césarienne. *Gyn. et Obst.* - 1922 - t. V., p. 345.
- MAGGIAR. — *Thèse Paris* - 1895. De la fréquence de l'Insertion vicieuse du Placenta sur le segment inférieur de l'utérus et de ses accidents.
- MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses - 1721 - p. 335.
- MIKULICZ-RADECKI. — Sur le pronostic et la thérapeutique du pl. pr. en même temps qu'un résumé sur 168 cas de pl. pr. *Arch. für Gyn.* - Décembre 1924.
- MONSIORSKY. — Etude historique sur l'insertion vicieuse du placenta. *Thèse Paris* - 1896.
- MONTIBERT. — La version de BRAXTON-HICKS à la clinique obstétricale de Lyon dans le traitement du pl. pr. - 1905-1917 - *Thèse de Lyon* - 1917.
- MUNRO-KERR (S. M.). — Indication de la section césarienne. *The Journal of d. Gyn. of the British Empire* - 1921 - Volume 28, p. 338.
- MOUCHOTTE. — Doit-on recourir à l'opération césarienne pour traiter les hémorragies dues à l'I. V. du P. *Ann. Gyn. et Obst.* - 1910 - p. 213.
- NAGEL (W.). — Pl. pr. et traitement chirurgical. *Gyn. et Obst.* - XIX - n° 1.

- PANKOW (O.). — Über die anatomischen Grundlagen der Pl. Pr. *Thérapie Zbl. f. gyn.* - 1912 - S. 1316.
- L'isthme utérin et placenta isthmique dans un cas de pl. isthmique et cervical. *Hegars Beitr.* - XV - S. 23 et 317.
 - Die anatomischen Grundlagen der placenta praevia. *D. Med. Woch.* - 1913 - S. 838. *Zbl. f. Gyn.* - 1914 - S. 628.
- PAUCOT. — Césarienne pour placenta praevia. *Bull. Gyn. et Obst. Paris* - 1921 - p. 408.
- La césarienne abdominale dans le pl. pr. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.* - 1921 - p. 677.
 - Discussions au Congrès de 1921.
- PÉRALTA RANOS et BASAN. — Le traitement du pl. pr. *Gyn et Obst.* - Juillet 1927 - p. 15.
- PFANNENSTIEL. — Sur le traitement du pl. pr. Contribution à la discussion sur les nouvelles méthodes de KRONIG et SELLHEIM. *Mon f. geb.* - XXIX - H. 3.
- PINARD. — De la rupture dite spontanée des Membranes de l'œuf humain. *Annales Gyn.* - 1886 - p. 171.
- In Sneguireff : Hémorragies utérines, Etiologie, Diagnostic et traitement - 1886. Paris Traduction par H. VARNIER.
 - Ruptures prématurées des membranes de l'œuf : *Ann. de Gyn.* - 1886 - p. 332.
 - Hémorragies par I. V. P. *Bull Méd.* - 1894. Leçon 1894 in Union Médicale.
 - Des hémorragies causées par l'insertion vicieuse du placenta et de leur traitement. *Bull. Méd.* - 1896 - p. 315.
 - Hémorragie par insertion du placenta sur le segment inférieur. Mort de de la femme. *Rev. prat. Obst. et Ped.* - 1910 - p. 33.
- PORTAL. — La pratique des accouchements soutenue par un grand nombre d'observations - 1685 - p. 234.
- POTOKI. — Communication à la Sté d'Obstétrique - Octobre 1918.
- PUZOS. — Traité des accouchements. Quatre mémoires dont le premier a pour objet les pertes de sang chez les femmes grosses. Paris - 1759.
- RATELOT et VAYSSÈRE. — Placenta pr. et hystérectomie. *Réunion obst. de Montpellier* - Février 1924.
- REYMOND et CAZALES. — Hémorragies graves par pl. pr. Hystérectomie sans ouverture préalable de l'utérus. Enfant vivant. Guérison de la mère. *Soc. Obst. et Gyn. et Pédiatrie Paris* - 1911 - Février.
- RHENTER. — Un cas de pl. praevia central. *Soc. Obst. de Lyon* - Mai 1920.
- RIBEMONT - DESSAIGNE ET LE LORIER. — Opération césarienne au cours du travail chez une primipare présentant une hémorragie par I. V. P. *Ann. Gyn. et Obst.* - 1911 - p. 213.
- RIVIÈRE. — *Société d'Obstétrique et Gyn. de Bordeaux* - 1923.
- ROUVÉ (M.). — A propos du traitement du pl. praevia. *Société d'Obst. de Strasbourg.* - Novembre 1921.

- ROUVILLE (DE) ET MATOU. — Hémorragies par pl. praevia dès le début de la grossesse ayant entraîné l'avortement. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.* - 1924.
- SCHACHER. — De Placentae uterinae morbis - (Leipzig 1709).
- SCHAUTA. — Un mot sur la césarienne classique dans le Pl. Praevia. *Mon. f. geb.* - XXXI - p. 1.
- SCHICKELE (Strasbourg). — Des interventions obstétricales et chirurgicales pendant l'accouchement. *Gyn. et Obs.* - T. 1 - 1920 - p. 19.
- SCHRODER. — Pl. pr. et césarienne vaginale. *Diss. München* - 1913.
- SCHWEITZER. — 333 cas de placenta praevia. *Zentralblatt fur gyn.* - n° 46 - Novembre 1922.
- SELLHEIM. — Les dangers des accouchements naturels dans les pl. pr. et leur diminution par la césarienne extra-péritonéale. *Zbl. f. Gyn.* - 1908 - p. 1297. L'Hémostase pendant le travail dans le Placenta Praevia. *Gyn. Rundschau* - 1909 - p. 61.
- Sur le traitement du Pl. Pr. *Hegars Beit.* - XIII - p. 478.
- SEYLER. — Thèse sur « De Schlacher : de placentae uterinae morbis » - 1709.
- SIÉGEL. — Thérapeutique clinique du placenta praevia. *Monatschrift fur Geb. und Gyn.* - vol. LXXIII - Avril 1926.
- SIEGES. — Analysis of 115 cases. *Am. J. of Obst. and Gyn.* July - 1931 - p. 110.
- STAN (U. S. A.). — Placenta praevia. *Kentucky M. Journ.* - Août 1929.
- TRILLAT. — Traitement des hémorragies graves du pl. pr. par les méthodes obstétricales. Quatre cas traités avec succès pour mère et enfant. *Réunion obst. et gyn. de Lyon* - Mars 1924.
- TURENNE. — *Gyn. et Obst.* Tome 22 - Oct. 1930.
- TZANCK. — La pathogénie de la mort par hémorragie. *Presse Médicale* - Nov. 1929 - p. 600.
- Traitement des hémorragies graves (Compte-rendus Acad. des Sciences Janvier 1930 - p. 226) (avec CHARRIER).
- La transfusion sanguine (*Bull. Soc. Nat. chirurgic.* - 1931 - p. 676).
- VAN ROOY (Amsterdam). — Discussions au Congrès de Paris - 1921.
- VANVERTS ET PAUCOT. — Opération césarienne et pl. pr. *Réunion Obst. de Lille* - 12 Juillet 1919.
- VANVERTS. — Deuxième césarienne pour pl. pr. chez la même femme. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Lille* - Fév. 1924.
- Deux cas de césarienne pr. pl. praevia. *Revue mensuelle de gyn. d'obst. et pédiatrie* - 1919 - p. 387.
- VAYSSÈRE ET RATHELOT. — Pl. pr. et hystérectomie. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris* - n° 4 - 1924.
- VERMELIN et HAMANT. — 2 cas de césarienne basse pour placenta praevia *Bull. soc. Obst. et Gyn.* - Octobre 1932 - p. 564.
- WILHAMSON (H. C.). — Traitement du pl. pr. *New-York State Med.* - 1^{er} Août 1929.

- WHITEHOUSE-BECKWELT. — Opération césarienne dans le traitement du pl. pr. *The journal of Obst. and Gyn. of British Empire* - 1921 - p. 469.
- ZANGEMEISTER und SCHILLING. — Zur pl. pr. cervicalis. *Monatshefte für Geb. und Gyn.* - 1922 - LX.
- ZIMMERMANN (Iene). — Le traitement des hémorragies post-partum par pincement des paramètres d'après HENKEL. *Zentralblatt f. gyn.* - 1923 - p. 1039.
- ZWEIFEL. — Placenta pr. Traité d'obstétrique par Doderlein. II. p. 565.
— Sur les dangers et sur le traitement du pl. praevia. *Münchener medizinische Wochenschrift* - 1907 - n° 48.
-

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
I. Introduction	13
II. Etude de la littérature sur le traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta	15
III. Résultats obtenus à la Clinique Baudelocque par l'emploi, suivant les cas, des méthodes chirurgicales et obstétricales	33
(Tableaux récapitulatifs)	41 et 42
IV. Etude critique des cas traités par la Chirurgie et des indications opératoires	55
(Tableau récapitulatif)	81
V. Etude de la Mortalité	85
VI. Les principes du Traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta à la Clinique Baudelocque	95
VII. Les Observations	101
VIII. Conclusions	137
IX. Bibliographie	141

